Diagnoza małego dziecka

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie
Prace Monograficzne 871

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Barbara Cygan

Diagnoza małego dziecka

Konteksty interdyscyplinarne

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU PEDAGOGICZNEGO KRAKÓW 2019

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Recenzenci
prof. dr hab. Irena Adamek
dr hab. Hanna Krauze-Sikorska, prof. UAM

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2019

redaktor Jolanta Grzegorzek
projekt okładki Janusz Schneider
łamanie Jadwiga Czyżowska-Maślak

ISSN 0239-6025
ISBN 978-83-8084-214-4
e-ISBN 978-83-8084-215-1
DOI 10.24917/9788380842144

Wydawnictwo Naukowe UP
30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2
tel./fax 12 662-63-83, tel. 12 662–67–56
e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl
http://www.wydawnictwoup.pl

druk i oprawa
Zespół Poligraficzny WN UP

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Wprowadzenie

Jednym z poważniejszych problemów ostatnich lat jest wzrastająca liczba dzieci z trudnościami/dysharmoniami oraz zaburzeniami w rozwoju. System pomocy i opieki nad takimi dziećmi obejmuje profilaktykę, diagnozę i terapię. Diagnoza stanowi podstawę planowania opieki oraz podejmowanych oddziaływań korekcyjnych. Jest istotnym ogniwem całego systemu, gdyż służy rozpoznaniu trudności, a jej wyniki umożliwiają podjęcie wczesnego wspomagania i wspierania rozwoju[1].

Jak podają Joanna Kruk-Lasocka, Jacek Krajewski i Beata Bartosik[2], coraz więcej dzieci sygnalizuje trudności/dysharmonie i zaburzenia w rozwoju, pod którymi kryją się np. nadpobudliwość psychoruchowa, opóźnienie/zaburzenie rozwoju mowy, zaburzenia integracji sensorycznej, zaburzenia zachowania. Trudności te uwidaczniają się najczęściej w przedszkolu, gdyż stają się widoczne u dziecka na tle grupy. Dziecko nie potrafi się aktywnie włączyć w zajęcia, nie reaguje na polecenia, wykazuje się znikomym zaangażowaniem w wykonywanie

1 E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze dla dzieci, które rozpoczynają naukę w szkole*, Edukacja Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009; E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Jak prowadzić obserwacje dzieci, interpretować wyniki i formułować wnioski,* CEBP, Kraków 2011; *Starsze przedszkolaki. Jak skutecznie je wychowywać i kształcić w przedszkolu i w domu,* red. E. Gruszczyk-Kolczyńska, CEBP, Kraków 2014; S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009; A.I. Brzezińska, *Jak przebiega rozwój człowieka?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka,* red. A.I. Brzezińska, GWP, Gdańsk 2005; A.I. Brzezińska, *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności,* GWP, Gdańsk 2009; B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji wspomagania rozwoju małego dziecka,* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka,* red. B. Cytowska, W. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2016; B. Skałbania, *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009; B. Skałbania, *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

2 J. Kruk-Lasocka, J. Krajewski, B. Bartosik, *Wspieranie rozwoju dziecka przedszkolnego w świetle koncepcji psychomotoryki,* [w:] *Edukacja (dla) dziecka – od trzylatka do sześciolatka,* red. J. Bałachowicz, Z. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 170.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

prac indywidualnych czy grupowych, silnie reaguje emocjonalnie gniewem lub agresją, najczęściej nieadekwatnie do działającego bodźca[3]. Dziecko takie potrzebuje diagnostyki w celu rozpoznania trudności/dysharmonii czy zaburzeń i możliwie szybkiego i kompleksowego podjęcia działań wspomagających. Bowiem tylko wczesne zdiagnozowanie i określenie kierunku terapii korzystnie wpływa na jej przebieg i wyniki. Ma również ogromne znaczenie w dalszym rozwoju dziecka.

Jako osoba pracująca z dziećmi z trudnościami/dysharmoniami czy zaburzeniami rozwojowymi dostrzegam potrzebę interdyscyplinarnej diagnozy i wczesnego wspomagania rozwoju. Należy bowiem zaznaczyć, że podjęte we wczesnym wieku działania wspomagające cechują się wysoką efektywnością, gdyż zdiagnozowana trudność nie jest jeszcze utrwalona. Jako praktyk mam również świadomość, że zdiagnozowane trudności rozpatruje się wieloaspektowo – zarówno od strony przyczyn, objawów, jak i od strony możliwości ich przezwyciężania. Również podjęta terapia jest procesem złożonym i ma charakter interdyscyplinarny. Oznacza to, że wymaga nie tylko współpracy nauczyciela i rodziców, ale również współdziałania pomiędzy poszczególnymi specjalistami. Efekty tej współpracy przekładają się na wyniki terapii.

Specjaliści pracujący w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, z którymi często współpracuję, również podkreślają znaczenie przeprowadzonej wcześnie diagnozy. Uzasadniają swoją opinię tym, że często problemy nie są dostrzegane przez rodziców/opiekunów, którzy objawy trudności tłumaczą np. krnąbrnością dziecka. Dopiero obserwacja nauczyciela, jego wiedza na temat przebiegu rozwoju dziecka w zakresie poszczególnych obszarów, obserwacja zachowań dziecka na tle grupy, pozwala na zauważenie trudności.

Zaprezentowane w książce badania miały na celu dowieść, że wcześnie przeprowadzona diagnoza interdyscyplinarna i podjęte na jej podstawie działania wspomagające i wspierające skutecznie przyczyniają się do zmniejszenia trudności/dysharmonii i zaburzeń u dziecka oraz umożliwiają mu poprawne funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, rodzinie i środowisku.

3 A. Kozdroń, *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc,* Difin, Warszawa 2015, s. 76.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

W pierwszym rozdziale ukazano problematykę diagnozy w świetle literatury przedmiotu. Zawiera on wyjaśnienia terminologiczne oraz różne interpretacje pojęcia „diagnoza". Przybliżono również rodzaje diagnoz, jakie powinny być wykorzystywane w pedagogice, oraz przebieg procesu diagnostycznego.

W rozdziale drugim skupiono się na wyjaśnieniu podstawowych pojęć wykorzystywanych w pracy; rozpoznaniu, klasyfikacji i charakterystyce zaburzeń rozwojowych dzieci; ukazano prawidłowości rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym oraz rodzaj podejmowanej pomocy. Przybliżono zależność gotowości szkolnej dziecka od jego prawidłowego rozwoju; podstawy prawne, z którymi powinien być zaznajomiony nauczyciel, jak i umiejętności diagnostyczne samych nauczycieli.

Rozdział trzeci zawiera analizę indywidualnego przypadku (*case study*) i obejmuje szczegółową charakterystykę dziecka, opis wyników diagnoz przeprowadzonych przez nauczyciela i specjalistów oraz podejmowanych na ich podstawie działań specjalistycznych i wspomagających. Przybliża również efektywność tychże działań, których odzwierciedleniem są wyniki diagnozy końcowej.

W aneksie umieszczono zmodyfikowany arkusz wywiadu z rodzicami, który był wykorzystany w trakcie badania.

W tym miejscu pragnę wyrazić swoją wdzięczność i podziękowanie prof. dr hab. Irenie Adamek za cenne rady, poświęcony czas oraz wsparcie w całym okresie pisania książki, jak i za inspirację do poszukiwań naukowych.

Składam również podziękowania dr hab. Hannie Krauze-Sikorskiej, prof. UAM, za przychylność i uwagi, które pozwoliły nadać ostateczny kształt niniejszej książce.

Słowa wdzięczności kieruję również do dr Elżbiety Marek za okazaną pomoc i udzielone wskazówki oraz rady.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Rozdział pierwszy

Problematyka diagnozy w świetle literatury przedmiotu

1. Pojęcie diagnozy i jej znaczenie w naukach społecznych i pedagogicznych

Termin „diagnoza" (gr. *diagnosis*) oznacza: rozpoznanie, rozróżnienie, osądzanie. Pierwotnie wiązano go z naukami medycznymi i utożsamiano z ustalaniem patologicznego stanu organizmu. Z czasem zaczęto go używać na określenie ogólnego stanu zdrowia osoby[1]. Diagnoza to rozpoznanie jakiegoś przedmiotu, osoby, sytuacji, zdarzenia, zjawiska w celu zdobycia o nim jak najdokładniejszych informacji i przygotowania działań o charakterze polepszającym[2].

Wincenty Okoń poprzez diagnozę rozumie „rozpoznanie jakiegoś obiektu, zdarzenia czy jakiejś sytuacji w celu zdobycia dokładnych informacji i przygotowania się do działań melioracyjnych"[3].

Wojciech Pomykało diagnozę pojmuje jako „rozpoznanie istoty rzeczy i uwarunkowań złożonego przypadku na podstawie jego objawów oraz ich krytyczne opracowanie na drodze rozumowania według znajomości ogólnych prawidłowości danej dziedziny"[4]. Można zatem nazwać diagnozą „rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy, jego tendencji

1 E. Jarosz, *Diagnoza psychopedagogiczna – ogólne założenie teoretyczne*, [w:] *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania,* red. E. Jarosz, E. Wysocka, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006, s. 17.

2 Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały dla nauczycieli*, Warszawa 2010, http://ebookbrowse.com/diagnoza-przedszkolna-pdf-d367549206 (dostęp 23.06.2017).

3 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2005, s. 53.

4 *Encyklopedia pedagogiczna,* red. W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997, s. 99.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rozwojowych na podstawie objawów oraz w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości w danej dziedzinie”[5].

Złożoną strukturę diagnozy zaprezentował Stefan Ziemski. Według niego diagnoza to „rozpoznanie na podstawie zebranych objawów i znanych ogólnych prawidłowości badanego złożonego stanu rzeczy przez przyporządkowanie go do typu lub gatunku, dalej przez wyjaśnienie genetyczne i celościowe, określenie jego fazy obecnej oraz przewidywanie rozwoju”[6].

Zgodnie z tą definicją diagnoza, która wyjaśnia szereg problemów dotyczących badanego stanu rzeczy, składa się z kilku diagnoz cząstkowych. Należą do nich:

- **diagnoza identyfikacyjna** (typologiczna, klasyfikacyjna) – identyfikuje badany stan rzeczy przez przyporządkowanie do jakiegoś gatunku albo typu zjawiska, określa/nazywa dany stan rzeczy, problem, zaburzenie;
- **diagnoza genetyczna** (kauzalna, przyczynowa) – wyjaśnia obszar uwarunkowań badanego stanu rzeczy, dąży do ustalenia czynników przyczynowych i mechanizmów rozwoju problemu, zaburzenia, danego stanu rzeczy. (Na podstawie diagnozy genetycznej przeprowadzana jest diagnoza indywidualnych przypadków, która polega na wnikliwym rozpoznaniu przyczyn i problemów jednostki);
- **diagnoza znaczenia** (celowościowa) – określa role badanego zjawiska dla pewnego szerszego kompleksu zjawisk, całego układu, którego dotyczy;
- **diagnoza fazy** – wskazuje etap rozwoju stanu rzeczy podlegającego rozpoznaniu;
- **diagnoza prognostyczna** (rozwojowa) – oznacza przewidywanie tego, jak badane zjawisko może lub powinno się rozwijać, co odbywa się na podstawie wyprowadzania wniosków z poprzednich etapów (diagnozy genetycznej, znaczeniowej, fazy).

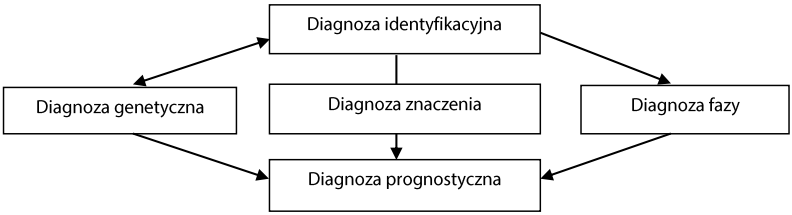
Zależnościowy stosunek poszczególnych diagnoz w procesie diagnostycznym prezentuje schemat 1.

5 E. Jarosz, *Diagnoza…,* s. 18.

6 Cyt. za: B. Skałbania, *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 20.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Schemat 1. Schemat diagnozy rozwiniętej



Źródło: S. Ziemski, za: E. Jarosz, *Diagnoza*..., s. 20

Ewa Jarosz[7] podkreśla, że wymienione aspekty cząstkowe diagnozy wzajemnie się dopełniają i warunkują, razem tworząc pełną i wielostronną diagnozę. Jest ona określana w sensie definicyjnym jako rozpoznanie na podstawie zebranych objawów i znanych ogólnych prawidłowości badanego złożonego stanu rzeczy przez przyporządkowanie go do typu albo gatunku, przez wyjaśnienie genetyczne i celościowe, określenie fazy obecnej oraz przewidywanego rozwoju.

Znawcy problemu podkreślają potrzebę i znaczenie realizowania wszystkich wymienionych typów diagnoz cząstkowych. Barbara Skałbania[8] zwraca jednak uwagę na fakt, że w diagnozie pedagogicznej nie zawsze występują wszystkie diagnozy cząstkowe. Podkreśla, że w diagnozie skróconej najczęściej mają miejsce: diagnoza typologiczna, diagnoza genetyczna oraz diagnoza prognostyczna – postulująca charakter pomocy. Konieczność przeprowadzenia diagnozy genetycznej (inaczej: kauzalnej) wynika z potrzeby ustalenia przyczyny stwierdzonego stanu, co pozwala na zaprogramowanie terapii pedagogicznej skoncentrowanej na przyczynie, a nie na symptomach zjawiska. Zastosowanie diagnozy kompleksowej, poza stwierdzeniem, jak jest i dlaczego tak się dzieje, pozwala ocenić bieżący etap rozwoju zjawiska oraz opracować prognozy jego dalszego rozwoju wraz z propozycją działań wspomagających i terapeutycznych.

Wyrosłe z medycyny pojęcie diagnozy przez wiele stuleci funkcjonowało tylko na jej gruncie. Z upływem czasu upowszechniło się i znalazło zastosowanie w wielu innych dziedzinach, np. naukach społecznych – socjologii, psychologii, filozofii, pedagogice.

7 E. Jarosz, *Diagnoza*..., s. 20.

8 B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 21.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Do nauk społecznych wprowadziła je w 1917 roku Mary Ellen Richmond fundamentalnym dziełem *Social Diagnosis*, w którym przeniosła zasady medyczno-psychiatrycznej i psychologicznej diagnozy (określanej mianem „badania duszy" – ang. *mental examination*) na grunt pracy socjalnej. Rozszerzyła w ten sposób zakres opisywanego pojęcia do procesu wszelkiego rozpoznania jednostkowych stanów rzeczy na podstawie znajomości ogólnych prawidłowości rozwojowych i biopsychicznych[9].

W polskiej myśli pedagogicznej ideę i potrzebę diagnozy propagowali Janusz Korczak i Helena Radlińska. J. Korczak[10] zaznaczał, że jeśli pedagogika, wzorem medycyny, ma działać skutecznie, a zwłaszcza pomagać w rozwiązywaniu różnych problemów wychowawczych i trudności pojawiających się u wychowanka, musi wypracować diagnostykę wychowawczą opartą na rozumieniu objawów. Podkreślał: „Czym gorączka, kaszel, wymioty dla lekarza, tym uśmiech, łza, rumieniec dla wychowawcy. Nie ma objawu bez znaczenia. Trzeba notować i zastanawiać się nad wszystkim, odrzucać, co przypadkowe, łączyć, co pokrewne, szukać kierujących spraw"[11]. Proponował model pedagoga rozumnego, ambitnego, o postawie badacza-klinicysty, stosującego naukowe sposoby poznania dziecka, z których za najważniejszy uważał obserwację. Podkreślał konieczność rozpoznawania przez wychowawcę możliwości dziecka.

J. Korczak zalecał, by w trakcie procesu diagnostycznego badać każdy fakt niezależnie i oddzielnie. Istotne było również, w jego opinii, poznanie i zbadanie środowiska wychowawczego i otoczenia społecznego uczniów i wychowanków. Kładł nacisk na poznanie zarówno dziecka, jak i grupy dziecięcej w różnorodnych środowiskach i sytuacjach wychowawczych. Uważał za ważne poznanie obszarów znaczeniowych mowy dzieci, gdyż wypowiedziane przez nie słowa i stwierdzenia mają zupełnie inne znaczenie niż w przypadku człowieka dorosłego oraz wytworów ich pracy[12]. Odwołując się do Elżbiety

9 M. Guziuk-Tkacz, *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2011, s. 16–17.

10 J. Korczak, *Jak kochać dziecko. Dziecko w rodzinie,* [w:] *Dzieła*, T. 7, red. H. Kirchner i in., Oficyna Wydawnicza Latona, Warszawa 1993, s. 361.

11 J. Korczak, *Momenty wychowawcze*, Warszawa 1919, s. 3.

12 M. Guziuk-Tkacz, *Badania…,* s. 109.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Lisowskiej[13], należy dodać, że J. Korczak zalecał, by diagnosta łączył ze sobą dwa modele diagnozowania, tj. badanie ogólnych prawidłowości oraz indywidualnych przypadków; zachowywał dystans do siebie oraz do podmiotu i przedmiotu badań; w badaniach diagnostycznych stosował metodę eksperymentu naturalnego, technikę wywiadu oraz obserwacji, a także odwoływał się do wiedzy naukowej, ale jej sądy weryfikował przez doświadczenie.

Teoria diagnozy kliniczno-wychowawczej J. Korczaka osadzona jest w nurcie pedagogiki personalistycznej, która akcentuje wzajemność działań wychowawcy i wychowanka jako podmiotów i partnerów. Personalistyczne spojrzenie na wychowawcę daje wiele możliwości oddziaływań na wychowanka, nie ograniczając ich do powszechnie znanych i wykorzystywanych technik czy metod pedagogicznych. „Cechy osobowe i umiejętności decydują o wyborze drogi wychowanka, która uwzględnia podmiotowość wychowanka, nie traktując go instrumentalnie czy dyrektywnie”[14]. Stąd, zdaniem J. Korczaka, postępowanie diagnostyczne powinno obejmować dwa etapy: pierwszy, polegający na poznaniu i zrozumieniu dziecka; drugi, związany z autodiagnozą prowadzącego badania – „Poznaj siebie, zanim zechcesz poznać dzieci”[15].

Z kolei dla H. Radlińskiej[16] diagnoza pedagogiczna oznaczała badanie środowiska społecznego, w nim bowiem dopatrywała się przyczyn problemów i niepowodzeń. Zaznaczała istotną rolę diagnozy genetycznej, której celem było wyjaśnienie przyczyn powstawania zjawisk i ich uwarunkowań, zwłaszcza środowiskowych. Diagnoza znaczenia miała wyjaśniać wybrane objawy i cechy charakterystyczne dla całokształtu badanego zjawiska.

Wzbogaciła koncepcję pomiaru środowiska o pojęcia: „**średniej**, (której przypisywała najwyższą wartość diagnostyczną), **normy** (określającej warunki prawidłowego rozwoju jednostki), **wzorca** – jako ogółu norm, **wskaźnika**, a w szczególności ogólnego wskaźnika środowiska, oznaczającego symptom, objaw badanego problemu, i **miernika**,

13 E. Lisowska, *Wprowadzenie do diagnozowania pedagogicznego,* Wydawnictwo Wszechnicy Świętokrzyskiej, Kielce 2003, s. 58–59.

14 B. Śliwerski, *Współczesne teorie i nurty wychowania*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005, s. 87–88.

15 J. Korczak, *Wybór pism pedagogicznych*, T. I, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1957, s. 126.

16 Za: E. Jarosz, *Diagnoza…,* s. 22.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

który uznała za liczbowe natężenie wskaźnika”[17]. Wzbogaciła również badania diagnostyczne o wyraźne dyrektywy – **pytania badawcze**, na które należy szukać odpowiedzi w badaniach diagnostycznych. E. Mazurkiewicz, w myśl idei diagnozy wg H. Radlińskiej, przywołuje następujące pytania:

- Co trzeba zrobić?
- Co powinno się zrobić?
- Co jest możliwe do zrobienia?
- Jakie są siły ludzkie?
- Jakie inne zasoby mogą być do dyspozycji?[18]

H. Radlińska ukierunkowała w ten sposób diagnozę społeczną na profilaktykę, kompensację oraz pomoc jednostce i grupie społecznej.

Podsumowując, można uznać, że „diagnoza oznacza zebranie w odpowiedni sposób danych, które wymagają interpretacji, oceny a następnie określenia badanego (złożonego) stanu rzeczy, co odróżnia diagnozę od prostego zbierania informacji i ich porządkowania”[19].

2. Diagnoza pedagogiczna

W wieloaspektowym procesie diagnozowania szczególną rolę odgrywa diagnoza pedagogiczna, która jest podstawą planowania działań wspomagających i wspierających, a także programowania procesu terapii. Jej przedmiotem są niepowodzenia i trudności rozwojowe dziecka. Celem diagnozy jest „opis, wyjaśnienie, przewidywanie przebiegu zjawisk oraz kierowanie nimi. Zjawiska należy opisywać takimi, jakimi są, a nie takimi, jakimi być powinny lub spodziewalibyśmy się, że będą”[20]. Jej celem jest również określenie zakresu i możliwości działań dydaktyczno-wychowawczych, kompensacyjnych, korekcyjnych lub/i profilaktycznych w odniesieniu do wychowanków. To również takie zaplanowanie działań wspomagających i interwencyjnych, które

17 Cyt. za: M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 111 [podkr. – B.C.].

18 E. Mazurkiewicz, *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej. U źródeł zastosowań prakseologii w pracy socjalnej,* Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1983, s. 115–116.

19 E. Jarosz, *Diagnoza*..., s. 18.

20 E. Lisowska, *Wprowadzenie do diagnozowania*..., s. 21.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

umożliwią spojrzenie na dziecko nie przez pryzmat jego deficytu, lecz jego możliwości.

Stanisława Włoch i Agnieszka Włoch[21] stwierdzają, że diagnoza pedagogiczna opiera się na rozpoznawaniu zdolności, odchyleń od rozwoju, tempa i rytmu pracy dziecka oraz ustaleniu trudności i skutków nieprawidłowości rozwojowych w zakresie sprawności manualnych, percepcji wzrokowej i słuchowej oraz operacji umysłowych. Zaznaczają, że w diagnozowaniu należy zwrócić uwagę na dynamikę rozwoju, która może być różnorodna w poszczególnych okresach życia. Różnorodność ta może wynikać z przyśpieszenia lub zahamowania, a nawet cofnięcia spowodowanego różnymi czynnikami biologicznymi, środowiskowymi czy brakiem stymulacji. Zatem diagnoza pedagogiczna określa stan rozwojowy dziecka, jego umiejętności i cechy zachowań.

Istotą diagnozy w pedagogice jest więc „opis wyników badania określonego wycinka rzeczywistości wychowawczej dokonany na podstawie zebranych i ocenionych danych, pochodzących z różnych źródeł, który obejmuje opis danego złożonego stanu rzeczy, wyjaśnienie jego genezy lub przyczyn, wyjaśnienie jego znaczenia i ustalenie etapu jego rozwoju, a także ocenę możliwości zmiany stanu rzeczy lub jego utrzymania w kierunku pożądanym pedagogicznie”[22].

W pedagogice diagnoza postrzegana jest jako podstawa wszelkiej działalności pedagogicznej i warunek racjonalnego oddziaływania. Znajduje zastosowanie w „bezpośredniej działalności wychowawczej, wspomagającej i wspierającej, terapeutycznej, profilaktycznej czy resocjalizacyjnej, ale także w poradnictwie pedagogicznym, ekspertyzach oraz w działalności organizatorskiej i animacyjnej. W praktyce pedagogicznej jest w większości podstawą decyzji o kierunku, warunkach i środkach oddziaływań wobec osób, zjawisk, procesów”[23]. Jak podaje Ewa Górniewicz, diagnoza pedagogiczna, obejmująca obszar edukacyjno-wychowawczy, „jest rozpoznaniem wielozakresowym i najczęściej dotyczy: ustalenia symptomów trudności, określenia poziomu reprezentowanych umiejętności, ustalenia obszaru szkolnych niepowodzeń

21 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009, s. 114.

22 E. Jarosz, *Diagnoza*..., s. 23.

23 Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

i funkcjonowania środowiska szkolnego oraz opracowania porady optymalizacyjnej”[24].

Diagnoza pedagogiczna stanowi element całościowego postępowania obejmującego: przeszłość, czyli wspomnianą wcześniej diagnozę genetyczną, teraźniejszość – diagnozę fazy, oraz przyszłość, która wiąże się z diagnozą prognostyczną, rozwojową. „Koncentracja tylko na stanie aktualnym (jak jest teraz) nie przynosi rozwiązania i nie pozwala na zaprojektowanie działań pomocowych, ponieważ przynosi tylko fragmentaryczną ocenę zdarzeń i faktów wynikających z określonych przesłanek i zależności (diagnoza objawowa). W pracy pedagogicznej ważną rolę odgrywają zatem diagnozy: rozwojowa i przyczynowa, wskazujące źródło trudności i zaburzeń oraz kierunki zmian”[25].

Zadaniem diagnozy pedagogicznej jest zatem dotarcie do właściwego rozwiązania badanego problemu, związanego z procesami wychowania, nauczania, wsparcia społecznego, pomocy i opieki przez wykrycie jego przyczyn i określenie jego zakresu, dynamiki oraz prognozy rozwoju. Diagnoza pedagogiczna ma więc na celu opracowanie „pedagogicznej prognozy” związanej z dalszym postępowaniem wobec wychowanków oraz rozsądne i stosowne do potrzeb psychospołecznych wspomaganie dzieci i młodzieży (na podstawie określenia ich możliwości psychospołecznych, kompetencji oraz oczekiwań). Jej celem jest również zracjonalizowanie działań dydaktycznych i socjalno-wychowawczych (indywidualnych bądź grupowych) oraz optymalizacja zjawisk i procesów pożądanych ze względu na wartości uznawane przez pedagogikę.

Uogólniając, można stwierdzić, że diagnoza przeprowadzana w ścisłym związku z projektowaniem pedagogicznym służy rozpoznaniu określonego problemu o charakterze dydaktyczno-wychowawczym oraz stanowi podstawę profesjonalnej pedagogicznej selekcji i interwencji[26].

24 E. Górniewicz, *Trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci,* Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2000, s. 83.

25 B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 26.

26 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 116.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Według Bolesława Niemierki[27] profesjonalna diagnoza powinna być:

- trafna – trafność jest jej potwierdzoną użytecznością do pewnego celu;
- rzetelna – co oznacza powtarzalność jej wyników w określonych warunkach; jest to cecha wybranej procedury i użytego w niej narzędzia;
- obiektywna – co oznacza jej zgodność z rzeczywistością i normami regulującymi dziedzinę diagnozy;
- bezstronna – czyli stwarzająca wszystkim obiektom badania jednakowo sprzyjające warunki.

Marta Guziuk-Tkacz[28] zaznacza, że profesjonalnie przeprowadzona diagnoza (pedagogiczna) znajduje zastosowanie: w działalności organizatorskiej lub bezpośrednio w procesie wychowania, wsparcia, opieki, kształcenia i nauczania, w poradnictwie pedagogicznym, w ekspertyzach i doradztwie zawodowym. Podkreśla, że bez prawidłowo przeprowadzonej diagnozy pedagog nie jest w stanie zdefiniować tego wszystkiego, co składa się na niepowtarzalność i wyjątkowość powierzonego mu dziecka. Trudno nie zgodzić się ze stanowiskiem autorki, która w prawidłowo przeprowadzonej diagnozie widzi możliwości poznania u podopiecznego jego stanów, uczuć, poglądów, postaw, potrzeb, motywacji emocji i możliwości. Należy tutaj podkreślić, że diagnoza pedagogiczna jest tylko elementem złożonego procesu diagnostycznego, który ukierunkowany jest na prawidłowe funkcjonowanie podmiotu w procesie dydaktyczno-wychowawczym.

Można wyróżnić dwa podejścia do diagnozy: ilościowe i jakościowe. Podejście ilościowe polega na ocenie funkcjonowania badanej osoby na tle innych, dokonanemu za pomocą testów psychologicznych. Układem odniesienia wyników uzyskanych w określonym teście przez badaną osobę (np. dziecko) jest rozkład wyników uzyskanych przez jego rówieśników. Podejście jakościowe koncentruje się nie tyle na szacowaniu pozycji osoby na tle grupy, ile na określeniu jej miejsca na drodze rozwojowej. Cel podejścia jakościowego można sprowadzić do takich pytań, jak:

27 B. Niemierko, *Diagnostyka edukacyjna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2009, s. 156–157.

28 M. Guziuk-Tkacz, *Badania…*, s. 115.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– Czy badane dziecko jest już zdolne do myślenia wyobrażeniowego?
– Czy mówi w sposób zrozumiały dla otoczenia?
– Czy wypowiedzi mają charakter zdań?
– Czy jego operacje umysłowe mają charakter odwracalny?[29]

Jak podkreśla Katarzyna Stemplewska-Żakowicz, „w podejściu jakościowym tym, co istotne, i co należy badać, jest perspektywa osoby badanej, jej subiektywne doświadczenie i właściwy jej sposób przeżywania świata"[30].

3. Proces diagnostyczny

Termin „diagnostyka" określa „dział medycyny zajmujący się rozpoznaniem chorób na podstawie wywiadów, badania lekarskiego, analizy objawów i badań laboratoryjnych"[31]. Na potrzeby nauk społecznych został implementowany jako synonim teorii czy wręcz nauki o profesjonalnym prowadzeniu diagnozy. W tym ujęciu profesjonalnie prowadzona diagnoza traktowana jest jako „pobieranie, agregacja i modelowanie informacji o jej podmiocie oraz przedmiocie. Stanowi niezbędne podłoże do oceny prawidłowego funkcjonowania jednostki lub grupy na różnych etapach jej życia – w różnorodnych sytuacjach psychospołecznych"[32].

Postępowanie diagnostyczne obejmuje działania wstępne oraz monitorujące. Diagnoza wstępna ma na celu pozyskanie szeroko pojętej wiedzy na temat dziecka, z uwzględnieniem jego psychofizycznych możliwości oraz indywidualnych potrzeb rozwojowo-edukacyjnych. Rozpoznanie monitorujące to z kolei szereg czynności skierowanych na dokonanie oceny efektywności podjętych działań oraz na planowanie dalszego wsparcia. Kolejny etap to ustalenie przyczyn zaburzeń rozwojowo-edukacyjnych, prognoz rozwojowych oraz specjalnych

29 M. Szecówka-Nowak, *Wybrane aspekty diagnozy psychologicznej dziecka z zaburzeniami rozwojowymi,* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2016, s. 61–62.

30 K. Stemplewska-Żakowicz, *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, GWP, Gdańsk 2011, s. 30–31.

31 *Słownik języka polskiego*, T. I, red. M. Szymczak, Warszawa 1992, s. 392.

32 M. Guziuk-Tkacz, *Badania…,* s. 17.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

potrzeb edukacyjnych, z uwzględnieniem dostosowania otoczenia do potrzeb dziecka. Od trafności określenia przyczyn i prognoz rozwojowych zależeć będzie doprecyzowanie jego potrzeb i zaplanowanie wsparcia na terenie przedszkola.

Jerzy Apanowicz[33] pod pojęciem badań diagnostycznych rozumie badania, które mają na celu uzyskanie wiarygodnych informacji, stwierdzenie prawdziwych faktów i zjawisk, ustalenie stanu faktycznego oraz wykrywanie rzeczywistych związków pomiędzy zjawiskami i procesami.

Z kolei B. Skałbania[34], powołując się na Lesława Pytkę, podaje, że struktura procesu diagnozowania obejmuje trzy rodzaje czynności diagnosty: określenie przedmiotu diagnozy (konceptualizacja), dokonanie wyboru metod i technik diagnostycznych (organizowanie) oraz zastosowanie metod i technik badawczych (realizacja).

Postawienie diagnozy uruchamia zatem szereg czynności, takich jak: określenie celu związanego z wyborem odpowiedniej koncepcji teoretycznej; wybór techniki wynikający z przyjęcia danej koncepcji; zastosowanie praktyczne techniki badawczej; interpretacja zebranego materiału empirycznego i diagnoza.

Wynika z tego, że diagnozowanie to „złożony proces rozwiązywania problemów, polegający na przetwarzaniu danych, a nie rejestrowaniu zachowań. Wiedza wykorzystywana w wyjaśnianiu opiera się nie tylko na spostrzeganiu, lecz wymaga myślenia i wnioskowania”[35]. Stawianie diagnoz jest „czynnością złożoną, gdyż na podstawie zewnętrznych objawów trzeba wnioskować o stanie wewnętrznym badanej rzeczy – instytucji, organizmu żywego, o stanie funkcji psychicznych, czy zdolności przystosowania społecznego”[36]. Złożoność procesu diagnostycznego podkreśla Ewa Marynowicz-Hetka, która zwraca uwagę, że „stawianie diagnozy jest czynnością skomplikowaną, wymagającą wielu umiejętności i kompetencji, gdyż na podstawie zewnętrznych, obserwowalnych przejawów (symptomów) wnioskuje się o stanie wewnętrznym (nieobserwowalnym bezpośrednio) badanej rzeczywisto-

33 J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej*. *Prace doktorskie, prace habilitacyjne*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o., Warszawa 2005, s. 42.

34 B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 23.

35 W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna*, Scholar, Warszawa 2001, s. 62.

36 E. Jarosz, *Diagnoza*... s. 18.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ści – osoby i jej funkcji psychicznych, instytucji, społeczności czy też ukrytych atrybutach pewnych zjawisk”[37].

Diagnostyka zajmuje istotne miejsce w badaniach empirycznych, ponieważ, jak twierdzi S. Ziemski[38], każda diagnoza stanowi integralny składnik postępowania celowościowego w naukach praktycznych. Diagnoza składa się w tym ujęciu z następujących, wzajemnie warunkujących się, etapów:

Etap 1: opis – zestawienie danych empirycznych, co do których zachodzi ewentualność postępowania celowościowego.

Według S. Ziemskiego[39] opis diagnostyczny opiera się na wszechstronnym i wnikliwym rozpoznaniu podmiotu i przedmiotu diagnozy oraz (w odniesieniu do podmiotu) jego otoczenia, poprzez zebranie wszelkich dostępnych na ten temat informacji. Opis powinien być wyczerpujący i w sposób klarowny oraz uporządkowany prezentować badane zjawisko/problem/sytuację. Irena Lepalczyk i Jan Badura[40] podkreślają, że opis należy sporządzać na podstawie wcześniej opracowanych problemów, które równocześnie służą jego uporządkowaniu, a formułuje się go w postaci zdań pozbawionych oceny, rejestrując jedynie badane fakty i wykorzystując rzetelny warsztat badawczy. Dzięki zawartym w nim argumentom spełnia on funkcję hipotezy wyjaśniającej i uzasadniającej. Dzięki zastosowaniu różnych narzędzi i wykorzystaniu różnorodnych sposobów gromadzenia informacji opis diagnostyczny pozwala na dostarczenie rzetelnych i sprawdzonych informacji, a to z kolei warunkuje obiektywność oceny diagnostycznej.

Etap 2: ocena – zastosowanie ocen, które są związane z zebranymi danymi empirycznymi, co pozwala na porównanie istniejących stanów rzeczy z postulowanymi lub niechcianymi, czyli wyrażenie aprobaty czy dezaprobaty badanych stanów, określenie rozbieżności między istniejącymi stanami a jakimiś układami odniesienia, np. celami.

Ocena jest „synonimem osądu lub opinii na temat badanej osoby lub problemu. Oceny mogą wynikać z głównych celów i założeń badawczych, z przyjętego przed diagnozowaniem planu, projektu dzia-

37 Cyt. za: B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 17.

38 Za: B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 18.

39 S. Ziemski, *Problemy dobrej diagnozy*, WP, Warszawa 1973, s. 17.

40 *Elementy diagnostyki pedagogicznej*, red. I. Lepalczyk, J. Badura, PWN, Warszawa 1987, s. 52–53.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

łań reformującego dotychczasowe funkcjonowanie jakiegoś odcinka rzeczywistości. Mogą też odnosić się do aktualnie realizowanego bądź już zrealizowanego planu działalności praktycznej”[41].

M. Guziuk-Tkacz[42], powołując się na Cristinę de Robertis, podaje charakterystyczne cechy każdej oceny diagnostycznej:

- skupianie się na trudnościach, które należy rozwiązać – oznacza to opiniowanie konkretnego, najbardziej istotnego problemu, a pomijanie kwestii pobocznych;
- fakt, iż jest ona procesem, co wskazuje na dynamikę oceny, jej tymczasowość, podleganie zmianom;
- prowizoryczność – opinie i oceny uzależnione są od wielu zmiennych;
- subiektywność – oznacza, że oceny zawsze związane są z osobą, która je wydaje, a sam proces oceniania, wydawania osądu jest uwarunkowany kulturowo, socjologicznie, etycznie lub/i religijnie;
- ideologiczny charakter – osoba oceniająca wydaje opinię na podstawie norm, wartości lub koncepcji, z którymi się identyfikuje lub które w znacznym stopniu aprobuje;
- wykazywanie zmienności historycznej wobec zmieniających się systemów wartości.

Etap 3: konkluzja – stwierdzająca potrzebę podjęcia postępowania celowościowego lub jej brak.

Według M. Guziuk-Tkacz[43] konkluzja jest synonimem oceny globalnej analizowanego wycinka rzeczywistości. Jest ostatecznym wynikiem, wnioskiem, efektem badań podsumowującym proces diagnozy pedagogicznej i podstawą do wydania przez diagnostę opinii w celu podjęcia działań profilaktycznych, wspomagających, interwencyjnych, psychoedukacyjnych, remediacyjnych lub/i terapeutycznych. Ocena globalna przeprowadzonych badań diagnostycznych powinna być udokumentowana i zawierać: wyjaśnienie etiologii badanego problemu oraz ustalenie czynników wyzwalających; opis wskaźników diagnostycznych; uzasadnienie zastosowania poszczególnych metod, technik oraz narzędzi diagnostycznych; opis wyników diagnozy; interpretacje wyników; wytyczne i zalecenia do działań praktycznych bazujących na

41 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 130.

42 Tamże, s. 130–131.

43 Tamże, s. 134–135.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

odpowiednich strategiach decyzyjnych odpowiedniej i realnej formy pomocy.

Etap 4: tłumaczenie – wyjaśnienie genetycznego, przyczynowego istniejącego stanu rzeczy.

Etap 5: postulowanie – zobrazowanie tych stanów, które mają być realizowane, zreformowane lub usunięte.

Etap 6: stawianie hipotez – tj. swoistych twierdzeń dotyczących związku między projektem a czynnikiem przyczynowym[44].

W ten sposób diagnozę można określić jako „postawienie hipotezy dającej podstawę do zmiany stanów faktycznych, ustalonych na podstawie wyczerpującego opisu i oceny sytuacji empirycznych. Podejście to podkreśla znaczenie ustalenia przyczyn i genezy badanych stanów, zwraca też uwagę na rolę problematyki ocen i oceniania w diagnozowaniu oraz eksponuje wielofazowość procesu diagnozy"[45].

W pedagogice badania diagnostyczne są cyklami zamkniętymi, co oznacza, że:

- rozpoczynają się postawieniem hipotez/-y na podstawie zebranych danych,
- na różnym etapie opisywanego procesu mogą być prowadzone badania sprawdzające diagnozę wstępną,
- na podstawie zaobserwowanych zmian ocenia się diagnozę pierwotną bądź diagnozy etapowe oraz słuszność ich powiązania w całość,
- przeprowadza się próby weryfikacji hipotez/-y,
- po zakończeniu badań diagnostycznych dokonuje się oceny przebiegu zmian w podmiocie badań oraz w badanym problemie[46].

Cykl procesu diagnostycznego przedstawia schemat 2.

Badania diagnostyczne wykorzystywane w naukach empirycznych przyjmują formę badań **heurystycznych** lub **weryfikacyjnych**. Pierwsze z nich mają na celu odkrywanie zjawiska, ustalenie jego genezy, natomiast drugie sprawdzają postawioną diagnozę. Zależności między pedagogiką jako nauką a procesem diagnozowania przedstawia tabela 1.

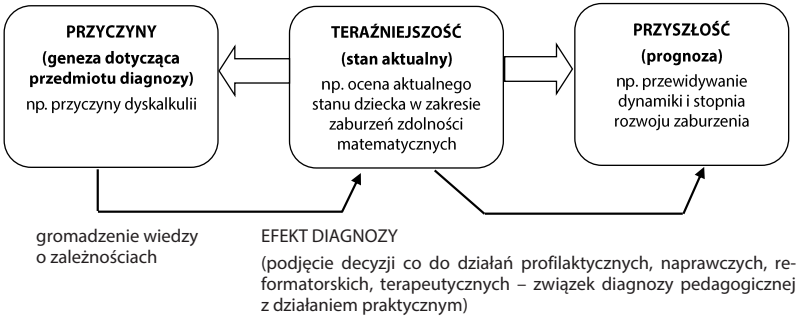
44 E. Jarosz, *Diagnoza…*, s. 18–19.

45 Tamże, s. 19.

46 M. Guziuk-Tkacz, *Badania…,* s. 118.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Schemat 2. Proces diagnozowania w pedagogice


PRZYCZYNY
(geneza dotycząca przedmiotu diagnozy)
np. przyczyny dyskalkulii
TERAŹNIEJSZOŚĆ
(stan aktualny)
np. ocena aktualnego stanu dziecka w zakresie zaburzeń zdolności matematycznych
PRZYSZŁOŚĆ
(prognoza)
np. przewidywanie dynamiki i stopnia rozwoju zaburzenia
gromadzenie wiedzy o zależnościach
EFEKT DIAGNOZY
(podjęcie decyzji co do działań profilaktycznych, naprawczych, reformatorskich, terapeutycznych – związek diagnozy pedagogicznej z działaniem praktycznym)

Źródło: M. Guziuk-Tkacz, *Diagnozowanie w pracy socjalnej*, [w:] *Koncepcje i praktyka działania społecznego w pracy socjalnej*, red. E. Kantowicz, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2010, s. 121

Tabela 1. Specyfika pedagogiki jako nauki a proces diagnozowania

PODŁOŻE PROCESU DIAGNOZOWANIA PEDAGOGICZNEGO	
Badania przyjmują formę badań heurystycznych lub/i weryfikacyjnych z uwzględnieniem zakresu *episteme* (poznawczego – „badać i wiedzieć") lub/i z uwzględnieniem zakresu *techne* (technicznego – „badać i działać")	
Pedagogika jako nauka opisująco-wyjaśniająca	Pedagogika zorientowana praktycznie (perspektywa analityczno-empiryczna oraz perspektywa humanistyczna)
Diagnoza spełnia zadania deskryptywno-eksplanacyjne (opisowo-wyjaśniające)	Diagnoza traktowana jest jako ważny i integralny czynnik postępowania celowościowego
Badany jest wycinek rzeczywistości dydaktyczno-wychowawczej, a diagnostyczne badania pedagogiczne traktowane są jako składnik całego toku badań w celu: • zbudowania teorii naukowej, • wykrywania prawidłowości o charakterze uogólniającym (tzw. diagnoza poznawcza)	Przedmiotem badań jest określony problem dydaktyczno-wychowawczy, a diagnostyczne badania pedagogiczne prowadzone są w celu: • opracowania skutecznego działania pedagogicznego (tzw. diagnoza decyzyjna), • rozwiązania konkretnych, doraźnych problemów praktycznych, • wprowadzenia korzystnych modyfikacji do procesów dydaktyczno-wychowawczych

Źródło: M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 114

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Prawidłowo przeprowadzone pedagogiczne badania diagnostyczne powinny zawierać określony rodzaj pytań, które warunkują ich rzetelność. Podstawowy ich zestaw zaproponowała Irena Obuchowska[47]:

1. **Co**, czyli jaki problem pragniemy zbadać? (pytanie o przedmiot diagnozy oraz pytanie dotyczące rozpoznania diagnozowanego problemu);
2. **Kogo** zamierzamy diagnozować? (pytanie o podmiot diagnozy, dotyczy identyfikacji jednostki i jej środowiska, na podstawie danych związanych z aktualną sytuacją badanej jednostki, obejmuje płaszczyznę biologiczną, socjologiczną i psychospołeczną);
3. **Po co** przeprowadza się badanie? (pytanie o cel diagnozy i wynikającą z niego specyfikę procesu diagnozowania, tzn. czy będzie to diagnoza: opisowa, kwalifikacyjna, funkcjonalna, wspierająca czy też normalizująca);
4. **Kto** podejmuje badania diagnostyczne, kim jest osoba prowadząca badania? (pytanie o osobę diagnosty – jakie są jej kompetencje, predyspozycje, umiejętności i ewentualne ograniczenia – czynniki mające wpływ na proces diagnozowania);
5. **Jak** diagnozować? (pytanie o wybór modelu diagnozowania, czyli sposobu, w jaki diagnosta zamierza przeprowadzić swoje badania);
6. **Czym** diagnozować? (pytanie o metodologię diagnozy – metody, techniki, narzędzia badawcze);
7. **Kiedy** i **gdzie** przeprowadzone mają być badania? (pytania o czas i miejsce badań diagnostycznych).

Podsumowując, należy stwierdzić, że cały proces diagnostyczny, oparty na wiedzy teoretycznej, umiejętnościach i praktycznych działaniach nauczyciela, powinien prowadzić do poznania dziecka. Poznanie to musi być całościowe, bowiem tylko takie pozwala na udzielenie rzetelnej pomocy. Stąd proces diagnostyczny nie może skupiać się tylko na samym dziecku, ale powinien też prowadzić do poznania całej jego sytuacji życiowej, jego funkcjonowania w rodzinie oraz w środowisku. Pominięcie któregoś z wymienionych aspektów może grozić nieprawidłowym rozpoznaniem przyczyn zdiagnozowanej trudności i tym samym skutkować błędnym lub niekompletnym procesem terapeutycznym.

47 I. Obuchowska, *Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych,* „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego" 1997, nr 2 (7), s. 17.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

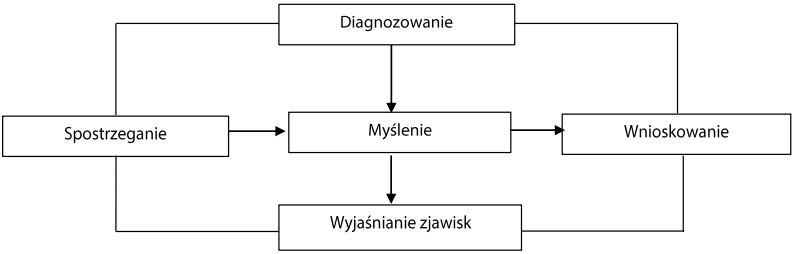
4. Rodzaje diagnoz uzupełniających diagnozę pedagogiczną

Doświadczenie i rozumowanie to dwa filary, na których opiera się diagnozowanie. Doświadczenie gromadzi dane empiryczne, które stanowią podstawę opisu i na drodze rozumowania prowadzą do postawienia diagnozy. Rozumowanie z kolei polega na przeprowadzeniu szeregu operacji myślowych, takich jak: różnicowanie, sprawdzanie hipotez, wyjaśnianie przyczynowe i celowościowe, weryfikacja formułowanych sądów[48].

Władysław J. Paluchowski[49] określa diagnozowanie jako złożony proces rozwiązywania problemów i przetwarzania danych, a nie tylko rejestrowania zachowań. Wiedza wykorzystywana w wyjaśnianiu jest oparta nie tylko na spostrzeganiu, lecz wymaga myślenia i wnioskowania.

Czynności umysłowe podejmowane w czasie przeprowadzania procesu diagnostycznego obrazuje schemat 3.

Schemat 3. Czynności umysłowe w procesie diagnostycznym wg W.J. Paluchowskiego



Źródło: za: B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 19

Schemat pokazuje złożoność procesu diagnozowania. Zgodnie z nim proces rozpoznawania (diagnozowania), stanowiący kategorię nadrzędną, składa się z kilku czynności (spostrzegania, myślenia i wnioskowania), które prowadzą do identyfikacji, czyli wyjaśniania określonych zjawisk (przedmiotu badania).

Diagnozowanie rozumiane jako czynności podejmowane przez diagnostów-pedagogów obejmuje wiele problemów stanowiących przedmiot rozpoznania. Problemy te wymagają opisu i oceny w celu

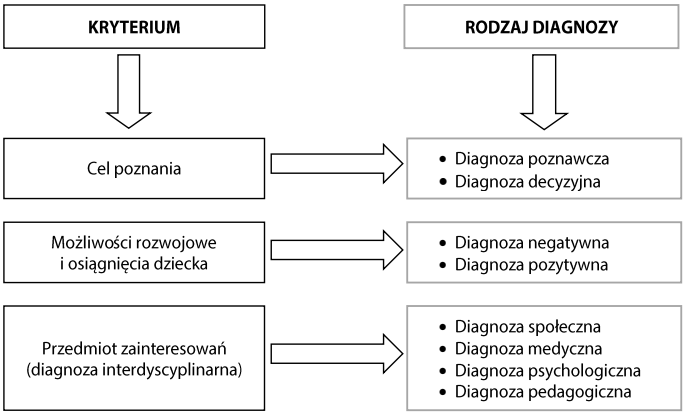
48 E. Jarosz, *Diagnoza*..., s. 18.

49 W.J. Paluchowski, *Diagnoza*..., s. 62.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

znalezienia sposobu rozwiązania. W zależności od obranych kryteriów rozróżniamy różne rodzaje diagnoz (schemat 4).

Schemat 4. Rodzaje diagnoz wg wybranych kryteriów



Źródło: B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 27

Uwzględniając dwa rodzaje problemów badawczych (poznawcze i związane z podejmowaniem decyzji), można wyróżnić dwa typy diagnoz: diagnozę poznawczą i diagnozę decyzyjną.

Diagnoza poznawcza odpowiada na pytanie „Jak jest?". Jej celem jest „możliwie pełne rozpoznanie badanego stanu, opisywanie zjawisk, procesu czy przedmiotu badania. Odpowiada ona diagnozie typologicznej. W diagnozie poznawczej chodzi o wykrycie zgodności lub niezgodności faktu z teorią oraz sprawdzenia danej teorii z teoriami alternatywnymi"[50]. Diagnoza poznawcza jest stosowana w „konieczności rozpoznania faktów, sytuacji, zjawiska w formie opisowej i stanowi podstawę diagnozy epidemiologicznej"[51].

Diagnoza decyzyjna jest związana z praktyczną stroną działań pedagogicznych i poszukuje odpowiedzi na pytanie „Co należy zrobić, aby było tak, jak być powinno? Ukierunkowana na projektowanie zmian, ma za zadanie poprawę niezadowalającego stanu, zjawiska"[52].

50 E. Lisowska, *Wprowadzenie do diagnozowania pedagogicznego*, Wydawnictwo Wszechnicy Świętokrzyskiej, Kielce 2003, s. 20.

51 E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia – podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007, s. 72.

52 E. Jarosz, *Diagnoza...,* s. 24.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Celem tej diagnozy jest „wykrycie zgodności lub niezgodności faktu z tym, co wiemy o rzeczywistości na podstawie teorii – wiedzy uogólnionej. Jednak wiedza teoretyczna nie jest pełna i nie zawsze stanowi wystarczającą podstawę do diagnoz decyzyjnych”[53]. Podsumowując, można powiedzieć, że celem diagnozy decyzyjnej nie jest poznanie, ale zebranie danych i efektywne ich wykorzystanie.

Przyjmując założenie o decyzyjnym charakterze diagnozy pedagogicznej w praktyce: wychowawczej, opiekuńczej, oświatowej, edukacyjnej, poradniczej, terapeutycznej czy socjalno-pomocowej, można wskazać podstawowe jej cechy:

- dążenie do realizowania diagnozy pełnej – rozwiniętej, opisującej stany rzeczy, wyjaśniającej źródła i mechanizmy ich powstania, ustalającej stopień rozwoju zjawisk, wyjaśniającej znaczenie ich występowania i określającej możliwości oraz sposoby oddziaływania nań;
- oceniający charakter diagnozy – polegający na odniesieniu rozpoznawalnych stanów rzeczywistych, ich poszczególnych cech lub warunków ich występowania, do pewnych stanów pożądanych lub charakteryzujących inne podobne układy lub będących założeniami, oczekiwaniami wobec jakichś działań lub procesów. Sam opis w diagnozie nie odgrywa tak dużej roli jak jego analiza i ocena;
- realizowanie diagnozy w wymiarze pozytywnym – polegającej na wskazaniu mocnych cech podmiotu, jego funkcjonowania w środowisku, które mają sprzyjać pozytywnemu wzmocnieniu oraz procesom remediacyjnym (tutaj: naprawczym);
- dążenie do autodiagnozy osób, systemów czy środowisk – jeśli działania naprawcze, terapeutyczne, podejmowane w wyniku diagnozy mają być skuteczne, muszą opierać się na mniej lub bardziej zaangażowanym uczestnictwie osób, układów, środowisk, których dotyczą. Polega to na samouświadomieniu sobie własnych stanów, cech, braków, ale i zasobów[54].

W diagnozowaniu możliwości rozwojowych ucznia występują dwa typy diagnozy: diagnoza negatywna i diagnoza pozytywna. B. Skałbania[55], odwołując się do prac I. Obuchowskiej z lat 1983 i 1997, podaje,

53 E. Wysocka, *Człowiek…,* s. 72.

54 E. Jarosz, *Diagnoza…*, s. 24–26.

55 B. Skałbania, *Diagnostyka…*, s. 25.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

iż uwzględniają one konieczność wielozakresowej identyfikacji osoby badanej.

Diagnoza negatywna polega na opisie trudności, opóźnień lub zaburzeń rozwoju, skupia się na słabościach, negatywnej stronie badanego zjawiska. Działania diagnosty skierowane są na poznanie przyczyn negatywnego zjawiska, rozpoznanie źródła trudności i niepowodzeń, często przez wskazanie słabych stron rozwoju i występujących opóźnień czy zaburzeń. Ten rodzaj diagnozy jest niezbędny do rozpoznania przyczyn zjawiska, ale zbyt często dominuje w badaniach pedagogicznych, co utrudnia projektowanie działań naprawczych, odwołujących się do mocnych stron dziecka. Przykładem diagnozy negatywnej są stwierdzenia: „Nie umie", „Nie potrafi", „Słabo rozwinięte", „Nieopanowane", „Niski poziom", „Duże braki", „Niskie możliwości", „Mały zasób sprawności", „Brak możliwości"[56].

Ewa Wysocka[57], odnosząc się do diagnozy negatywnej, stwierdza, że chociaż ten typ diagnozy stanowi podstawę wyjaśnienia przyczyn niepowodzeń i odchyleń, to jednak jest tylko pierwszym etapem badania diagnostycznego, gdyż pozwala uzyskać dane jednostronne. Stąd wiedza zawarta w tego typu diagnozie nie jest wystarczająca do zaprogramowania działań naprawczych i terapeutycznych. W celu uzyskania pełnego obrazu badanej osoby należy przeprowadzić diagnozę pozytywną. Stanowi ona wynik czynności nastawionych na wyszukiwanie właściwości psychicznych, mechanizmów osobowościowych oraz wpływów środowiskowych, które mają lub potencjalnie mogą mieć pozytywne znaczenie dla danej jednostki, spełniając rolę korekcyjną wobec zaburzeń bądź kompensując ich skutki.

Diagnoza pozytywna odwołuje się do mocnych stron badanego lub zjawiska, podkreśla pozytywne cechy rozwoju lub funkcjonowania dziecka, niekiedy wskazuje na jego zainteresowania, stanowi podstawę planowania pracy terapeutycznej opartej na posiadanych i potencjalnych możliwościach dziecka oraz jego zainteresowaniach[58].

E. Wysocka[59] podaje, że diagnoza ukierunkowana na identyfikację pozytywów i negatywów jest podstawą skuteczności działań modyfi-

56 Tamże.

57 E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji,* PWN, Warszawa 2009, s. 142–143.

58 B. Skałbania, *Diagnostyka…,* s. 25.

59 E. Wysocka, *Diagnoza…,* s. 143.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

kujących, gdyż ich niepowodzenia są często wynikiem prostego przejścia od zaburzeń do modyfikacji, z ignorowaniem tych właściwości jednostki i jej środowiska życia, które mogą nadać terapii właściwy sens. Oznacza to, że działania nie będą skupiać się tylko na eliminowaniu zaburzeń w rozwoju, co stanowi podstawowy ich cel, ale – co ważniejsze – będą organizować warunki, które w przyszłości przeciwdziałają czynnikom zakłócającym.

Dobrze postawiona diagnoza pedagogiczna powinna posiadać w swoim rozpoznaniu zarówno diagnozę pozytywną, jak i diagnozę negatywną. Połączenie ich w tzw. diagnozę syntetyzującą (eklektyczną)[60] pozwala na szczegółowe określenie programów działań remediacyjnych (naprawczych), co z kolei pozwala na zorganizowanie zajęć specjalistycznych. Umożliwia również dobór odpowiednich metod i technik dostosowanych do rozwoju i umiejętności dzieci.

Złożony charakter zagadnień pedagogicznych powoduje, że w określonych przypadkach wymagana jest diagnoza złożona, interdyscyplinarna. Ma ona miejsce w poradniach pedagogicznych, w których w celu postawienia pełnej diagnozy współpracują ze sobą określeni specjaliści, np. logopedzi, psycholodzy, lekarze. Tylko tak postawiona diagnoza umożliwia pełne rozpoznanie przyczyn trudności dziecka i może pomóc w programowaniu postępowania terapeutycznego.

Powołując się na B. Skałbanię[61], w ramach diagnozy interdyscyplinarnej możemy rozróżnić następujące rodzaje diagnoz, które umożliwiają nam zebranie informacji ze wskazanych obszarów:

- **diagnozę społeczną (środowiskową)**, obejmującą najbliższe środowisko wychowawcze ucznia (rodzinne, rówieśnicze). Polega ona na ocenie warunków życia w rodzinie i relacji między członkami rodziny oraz między rówieśnikami. Ten rodzaj diagnozy jest uwzględniany w diagnostyce pedagogicznej w odniesieniu do stopnia realizacji celów socjalno-wychowawczych;
- **diagnozę medyczną (lekarską)**, która oznacza rozpoznanie choroby u człowieka na podstawie jej objawów. Z punktu widzenia pedagogicznego diagnoza medyczna przygotowywana jest na potrzeby pedagoga. Ustala bowiem poziom rozwoju fizycznego dziecka, ogólny stan jego zdrowia. Zajmuje się badaniem wzroku, słuchu

60 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 78.

61 B. Skałbania, *Diagnostyka*..., s. 26.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

lub wykonaniem innych badań specjalistycznych, które mogą tłumaczyć przyczynę niepowodzeń dziecka albo innych trudności funkcjonalnych;

- **diagnozę psychologiczną**, rozumianą jako rozpoznanie i wyjaśnienie istnienia konkretnego stanu rzeczy, np. inteligencji lingwistycznej u dziecka, niedojrzałej osobowości, zaburzonej koordynacji wzrokowo-ruchowej. Służy także do przewidywania jego dalszego rozwoju. Przeprowadzana jest przez psychologa, który ocenia poziom rozwoju funkcji intelektualnych, orientacyjnych i wykonawczych, stan psychiczny dziecka oraz procesy emocjonalno-motywacyjne;
- **diagnozę pedagogiczną**, która polega na rozpoznawaniu osiągnięć dziecka i zmian, jakie dokonują się jego osobowości pod wpływem oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych[62]. Ten rodzaj diagnozy skupia się na rozpoznaniu jednostkowych stanów rozwoju fizycznego, umysłowego, społecznego i emocjonalnego dziecka. Jest czynnością poznawczą, integrowaniem informacji, podejmowaniem decyzji, wykorzystaniem wiedzy i doświadczenia, rozumowaniem, wnioskowaniem i uzasadnianiem[63].

Podsumowując integralność diagnozy, można odwołać się do słów Jolanty Grzegórzko, która twierdzi, że „rozwinięta diagnoza (pedagogiczna) jest elementem wieloaspektowego procesu diagnostycznego, ukierunkowanego na prawidłową organizację bądź modyfikację procesu dydaktyczno-wychowawczego"[64]. Jest źródłem informacji o indywidualnych możliwościach i poziomie rozwoju dziecka oraz podstawą do wypracowania przez nauczyciela programu pracy, zapewniającego mu maksymalny rozwój. Trafna diagnoza może oszczędzić wielu przykrych doświadczeń i niepowodzeń. Stanowi punkt wyjścia do projektowania oddziaływań dydaktycznych, wychowawczych, korekcyjno-kompensacyjnych, opiekuńczych, interwencyjnych lub terapeutycznych, służących rozwiązywaniu problemów pedagogicznych.

62 Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Podniesienie efektywności…*

63 W.J. Paluchowski, *Diagnoza…*, s. 13.

64 J. Grzegórzko, *Diagnoza pedagogiczna*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, T. 1, A–F, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003, s. 677.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

4.1. Diagnoza psychologiczna

Diagnoza psychologiczna w połączeniu z diagnozą pedagogiczną daje pełny, wartościowy i obiektywny obraz badanego problemu. Obie diagnozy powinny się wzajemnie dopełniać z korzyścią dla podmiotów wychowania i kształcenia. Proces diagnostyczny w psychologii należy rozumieć jako „zespół następujących po sobie form aktywności (faz procesu) rozpoczynający się postawieniem pytań diagnostycznych, a kończący się udzieleniem odpowiedzi na te pytania oraz wskazówkami do praktyki”[65].

Poziom psychoruchowego rozwoju określa się względem przyjętych, wypracowanych przez psychologię rozwojową, typowych dla danego wieku życia standardów zachowania dziecka, czyli norm[66]. Rozróżnia się co najmniej trzy znaczenia normy:

- statystyczne – norma jako średnia, przeciętna;
- społeczno-kliniczne – norma jako brak obserwowanych lub odczuwanych objawów (symptomów) zaburzeń w zachowaniu;
- teoretyczne – norma jako idealny wzorzec osobowości, będący celem zabiegów wychowawczo-dydaktycznych[67].

Poziom rozwoju ogólnej sprawności umysłowej oraz poszczególnych funkcji psychomotorycznych określa się poprzez badania psychologiczne, stosując trafne, wystandaryzowane i znormalizowane narzędzia (testy)[68]. Pozwala to na „posługiwanie się normą w znaczeniu statystycznym, ponieważ porównując wskaźniki rozwoju badanego dziecka (wiek rozwoju) z jego wiekiem życia możemy określić, jak dalece odbiega ono od normy”[69].

K. Stemplewska-Żakowicz[70], odwołując się do Stanisława Kowalika i Jerzego Brzezińskiego, podaje trzy modele diagnozy psychologicznej. Są to:

65 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 69.

66 I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole,* WSiP, Warszawa 1996, s. 16.

67 M. Bogdanowicz, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym,* WSiP, Warszawa 1985, s. 8–10.

68 Np.: Test Weschlera WISC-R, Test Inteligencji Cattella wersja 1 CFT1-R, wersja 2 CFT20-R, Skala Inteligencji i Rozwoju dla dzieci w wieku 5–10 lat (IDS).

69 I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne*..., s. 17.

70 K. Stemplewska-Żakowicz, *Diagnoza*..., s. 31–35.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

1. **Diagnoza różnicowa** – ma związek z medycyną i polega na wykluczeniu możliwości pomylenia danej jednostki zaburzenia z inną, o częściowo wspólnych objawach. Ważne jest, aby rozpoznanie było trafne, ponieważ inna jednostka chorobowa może wykazywać podobne objawy, ale jej mechanizm (przebieg), rokowanie i terapia będą różne.

W diagnozie różnicowej wyróżnia się dwa etapy: zbieranie informacji o objawach oraz ich klasyfikacja do określonej kategorii diagnostycznej[71]. Podstawowym problemem jest tu sposób oceny zaburzeń, gdyż ważna jest ocena nie tyle jakościowa, ile ilościowa. Nie można dokonywać prostej kategoryzacji na osoby zdrowe i zaburzone jedynie na podstawie obecności objawów. „W klasyfikowaniu różnych zaburzeń w diagnozie różnicowej dokonywanej w kontekście ich poziomu, często mówi się o «Braku zaburzeń» warunkującym prawidłowe funkcjonowanie, «Zespole przedklinicznym» stanowiącym zagrożenie dla dalszego rozwoju i czasem powodującym wybiórcze dysfunkcje oraz «Zespole klinicznym», powodującym dysfunkcjonalność w wielu obszarach”[72].

2. **Diagnoza funkcjonalna** – pozwala na pogłębiony i bardziej wnikliwy opis problemu lub zjawiska, a także wyjaśnienie w terminach wybranej koncepcji psychologicznej. Odwołuje się do funkcjonowania człowieka w pewnym obszarze życiowym lub w pewnego rodzaju zadaniach. Potrzebna jest tu wiedza psychologiczna, dzięki której można wniknąć w mechanizmy i procesy będące podłożem przejawianego zachowania.

E. Wysocka[73] podaje, że diagnoza funkcjonalna określa znaczenie badanego układu dla innych układów lub znaczenie pojedynczego elementu sytuacji życiowej jednostki dla całości jej funkcjonowania, co pozwala określić zakres projektowanej pomocy terapeutycznej pod kątem układów zaburzonych i zaburzających.

3. **Diagnoza psychospołeczna** – polega na uczynieniu osoby badanej partnerem w przeprowadzanym badaniu.

71 Systematyzacje kategorii objawów zaburzeń są dostępne w Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10 1998, 2000) oraz w Podręczniku diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych (DSM-IV 1994).

72 E. Wysocka, *Diagnoza…,* s. 110.

73 Tamże, s. 140–141.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Diagnoza pedagogiczna, wspomagana diagnozą psychologiczną, powinna uwzględniać co najmniej jeden z elementów rozwoju psychoruchowego[74], do których zaliczamy: tempo rozwojowe, rytm rozwojowy i dynamikę rozwoju.

Tempo rozwojowe[75] oznacza szybkość, z jaką dokonywane są zmiany ilościowo-jakościowe w sferze psychomotorycznej badanego dziecka, w odniesieniu do jego wieku.

O tempie rozwojowym możemy mówić, że jest opóźnione, normalne lub przyśpieszone. Tempo opóźnione diagnozujemy wtedy, gdy podmiot badań lub związane z nim określone procesy psychiczne i psychofizyczne rozwijają się wolniej w porównaniu ze wzorcem w jego wieku (wzorzec normy). Tempo normalne stwierdzamy, gdy podmiot badań lub związane z nim procesy psychiczne i psychofizyczne rozwijają się zgodnie ze wzorcem normy wiekowej. Natomiast o tempie przyśpieszonym mówimy wtedy, gdy podmiot badań lub związane z nim procesy psychiczne i psychofizyczne rozwijają się szybciej w porównaniu ze wzorcem normy wiekowej.

Rytm rozwojowy określa stopień zgodności, w jakim rozwijają się poszczególne funkcje psychomotoryczne. Jeśli rozwijają się one równomiernie, mówimy o rozwoju harmonijnym (zgodnym), jeśli nierównomiernie – o dysharmonii rozwojowej.

Harmonijny rytm rozwoju oznacza prawidłowy i równomierny rozwój wszystkich funkcji, procesów psychicznych, fizycznych lub psychofizycznych podmiotu badań (podobnie jest też w odniesieniu do badanego zjawiska – stwierdzenie rytmiczności i równomierności zachodzących zmian). Z kolei rytm nieharmonijny oznacza nieprawidłowy (opóźniony lub przyśpieszony), nierytmiczny i nierównomierny rozwój wszystkich lub niektórych funkcji, procesów psychicznych, fizycznych, psychofizycznych badanego (w przypadku przedmiotu badań stwierdza się nierytmiczność, opóźnienie lub przyśpieszenie tempa rozwoju badanego zjawiska).

Dynamika rozwoju odnosi się do rodzaju tempa, w jakim ten rozwój przebiega. Uwarunkowana jest czynnikami biologicznymi, środo-

74 A. Bąbka, *Diagnoza rozwoju ucznia rozpoczynającego edukację szkolną. Materiały pomocnicze dla nauczycieli kształcenia zintegrowanego,* Częstochowa 2004, s. 3–4; I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne*..., s. 16.

75 Pojęcia tempa, rytmu i dynamiki rozwoju zostały wprowadzone przez H. Spionek; I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne*..., s. 16.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wiskowymi lub ich brakiem. Dynamika określa zahamowanie, cofnięcie albo przyśpieszenie rozwoju badanego problemu lub związanych z podmiotem badań procesów psychicznych, fizycznych lub psychofizycznych.

Podstawą współczesnej praktyki psychologicznej są różnorodne metody i techniki badawcze, do których należą: rozmowa (ukierunkowana i swobodna), wywiad (kliniczny i środowiskowy), obserwacja psychologiczna, kwestionariusze psychologiczne i testy psychologiczne (inteligencji, osobowości, analiza wytworów, skale szacunkowe itp.). M. Guziuk-Tkacz[76] podkreśla, że stosuje się je w celu m.in. dokonania opisu stopnia i rodzaju nieprawidłowości w zachowaniu oraz funkcjonowaniu psychospołecznym badanej osoby, jak i ustalenia, jaki udział w genezie zaburzeń miały mechanizmy psychologiczne, tzn. w jakim stopniu są one uwarunkowane czynnikami sytuacyjnymi, w jakim stopniu są efektami zaburzeń osobowości, a w jakim stopniu są zdeterminowane organicznie przez czynniki środowiskowe, somatyczne i konstytucjonalne. Służą również ustaleniu oceny kompetencji społecznych, identyfikacji i oceny określonego rodzaju inteligencji, wykryciu mocnych stron osobowości badanego czy oceny (jego) intelektu i zainteresowań.

Diagnoza psychologiczna znajduje się „pomiędzy zaistnieniem stanu dyskomfortu psychicznego utrudniającego optymalne funkcjonowanie badanego a rozpoczęciem udzielania pomocy psychologicznej, adekwatnej do jej wyniku”[77]. Polega ona na „opisie pozytywnych i negatywnych właściwości psychicznych, psychologicznych mechanizmów funkcjonowania jednostki oraz wyjaśnianiu problemów w jej funkcjonowaniu, a w efekcie na prognozie skutków zachowań, dając podstawę do modyfikowania tego, co w funkcjonowaniu badanego jest problematyczne”[78]. Jest to więc czynność poznawcza związana z „integrowaniem informacji o podmiocie i przedmiocie badań, z podejmowa-

76 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*…, s. 60–61.

77 J. Brzeziński, S. Kowalik, *Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej*, Cz. II, [w:] *Społeczna psychologia kliniczna,* red. H. Sęk, PWN, Warszawa 1998; cyt. za: B. Cytowska, B. Wilczura, *Dziecko z zaburzeniami rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2016, s. 40.

78 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*…, s. 62.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

niem decyzji, rozwiązywaniem problemów, wykorzystywaniem wiedzy i doświadczeń, rozumowaniem, wnioskowaniem i uzasadnianiem”[79].

Przedmiotem diagnozy psychologicznej, w znaczeniu szerokim, jest „całokształt funkcjonowania psychologicznego badanej osoby (tzn. diagnoza osobowości)”[80], w ujęciu wąskim zaś – „wybrany aspekt psychologicznego funkcjonowania osoby diagnozowanej”[81].

M. Guziuk-Tkacz[82] twierdzi, że prawidłowo przeprowadzona diagnoza psychologiczna opiera się na zebraniu wszechstronnych informacji, pochodzących z różnorodnych źródeł, które wzajemnie się dopełniają. Istotny jest też trafny dobór narzędzi diagnostycznych, uwzględniający badaną osobę oraz przedmiot diagnozy. By wyniki diagnozy były miarodajne, proces diagnostyczny powinien objąć wszystkie jej etapy. Ponadto autorka zwraca uwagę na prawidłową interpretację wyników badań, która powinna zawierać obiektywne spojrzenie badacza na diagnozowany problem/zjawisko. Interpretacji wyników diagnozy należy dokonywać w odniesieniu do badanego, jego relacji ze środowiskiem społecznym i z uwzględnieniem kulturowego kontekstu procedur diagnostycznych.

4.2. Diagnoza społeczna

Diagnoza pedagogiczna ma zawsze aspekt środowiskowy. Wynika to z tego, że rozpoznanie przypadku jest ukierunkowane na bliższe poznanie środowiska dziecka, a przede wszystkim jego rodziny, szkoły, miejsca zamieszkania. W ujęciu słownikowym środowisko społeczne to względnie trwały układ jednostek, grup społecznych i innych zbiorowości ludzkich oddziałujących na rozwój, zachowanie się i aktywność człowieka. Jego diagnoza umożliwia rozpoznanie przyczyn zaistniałego stanu rzeczy, zachowań, funkcjonowania w środowisku, wzajemnych powiązań i oddziaływań. Takie poznanie daje diagnoza społeczna, która w procesie badawczym uwzględnia zawsze społeczny

79 W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy,* Scholar, Warszawa 2007, s. 11.

80 M.B. Pecyna, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej,* WSiP, Warszawa 1999, s. 38.

81 Tamże.

82 M. Guziuk-Tkacz, *Badania*..., s. 65.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

(środowiskowy) kontekst zjawisk. Stanisław Kawula[83], uzasadniając jej znaczenie w diagnozowaniu pedagogicznym, podkreśla, że dostarcza ona danych co do roli i udziału różnych czynników środowiskowych w rozwoju, opiece i wychowaniu pojedynczych osób (dzieci, młodzieży, dorosłych) lub grup. Przy czym wpływ ten może być rozpatrywany jako bezpośredni, np. wpływ rodziców na osobę wychowywaną, lub pośredni, czyli bliskość ośrodków kultury, pomocy itp. Tadeusz Pilch[84] zaznacza, że poznanie środowiska umożliwia określenie rodzaju i kierunku jego oddziaływań na wychowanka, pozwala na poznanie cech i procesów wewnętrznych określonej zbiorowości, poznanie natury i siły zjawisk wspomagających lub hamujących jego rozwój. Zatem diagnoza społeczna, stanowiąc uzupełnienie diagnozy pedagogicznej, nakierowana jest na rozpoznanie warunków życia zarówno jednostki, jak i rodziny oraz ogółu czynników o nich decydujących.

Dla diagnozy pedagogicznej istotna jest też diagnoza rodziny. Potrzeba rozpoznania środowiska rodzinnego pojawia się niemal powszechnie, bez względu na charakter i cel dokonywanej diagnozy pedagogicznej. Diagnoza rodziny jest podejmowana zarówno wtedy, gdy obiektem zainteresowania jest jednostka, wychowanek, jego trudności wychowawcze, zaburzenia zachowania i funkcjonowania, problemy szkolne czy specyficzne cechy, jak i wówczas, gdy zmierzamy do zorganizowania działań profilaktycznych ze względu na różne zagrożenia społeczne i wychowawcze. Zakres i stopień dokładności diagnozy rodziny jest różny w zależności od powodów, dla których jest ona podejmowana. Może przybierać postać ogólnej i powierzchownej charakterystyki obrazu rodziny lub szczegółowego pomiaru i wieloaspektowego rozpoznania znaczenia wpływu określonych cech i warunków rodziny[85].

Na istotę diagnozy rodziny, podstawowej komórki społecznej i środowiska pierwotnego dla dziecka, zwracają uwagę S. Włoch i A. Włoch[86]. Diagnozę społeczną skupiają na poznaniu środowiska rodzinnego jako tego, w którym istotne są rozwojowo-wychowawcze elementy

83 S. Kawula, *Diagnostyka pedagogiczna środowiska*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku…*, s. 666.

84 T. Pilch, *Metody i techniki badań,* [w:] *Pedagogika*, red. M. Godlewski, PWN, Warszawa 1980, s. 79.

85 E. Jarosz, *Diagnoza rodziny,* [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku…*, s. 678.

86 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa…*, s. 112.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

funkcjonowania rodziny i jej wpływ na dziecko, a także na środowisko lokalne[87], w którym dziecko żyje i rozwija osobowość. Bowiem „rodzina jako środowisko wychowawcze stanowi określoną całość – swoisty układ społeczno-kulturowy, którego faktyczny obraz określa zarówno elementy składowe, jak i powiązania między nimi"[88]. To w rodzinie dziecko przede wszystkim „uczy się bliskich kontaktów z innymi, zdobywa umiejętności społeczne i życiowe, tu formuje się jego tożsamość, wzorce zachowań, sposób percepcji i przeżywania świata. Jest podstawą ładu społecznego i właściwie główną instytucją wychowawczą. Tu jednak znajdują się też często źródła jego zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń zachowania oraz życiowej dysfunkcjonalności"[89]. Odwołując się do Bożeny Muchackiej, należy dodać, że sytuację dziecka w rodzinie, poza warunkami społeczno-ekonomicznymi, „określają warunki kulturalne, tj. poziom wykształcenia rodziców i rodzeństwa, poziom potrzeb i zainteresowań kulturalnych, stopień ich zaspokajania, opieka nad rozwojem dziecka oraz warunki społeczno-psychologiczne, czyli struktura społeczna rodziny, pozycja dziecka wśród rodzeństwa, atmosfera wychowawcza rodziny, wartości uznawane w rodzinie, zaspokajanie potrzeb dziecka oraz kształtowanie cech fizycznych, jego postaw, aspiracji, dążeń i zdolności"[90]. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie dziecko „doświadcza miłości, bezpieczeństwa oraz zaufania, a jego kontakt jest oparty na bardzo głębokiej więzi uczuciowej i biologicznej. To rodzice są pierwszymi nauczycielami, dlatego ich znaczenie i rola w rozwoju dziecka jest kwestią bezsporną. Mimo ciągłych przeobrażeń we współczesnym świecie, mimo

87 Jak zaznacza Natalia Han-Ilgiewicz, omawiając zagadnienie środowiska nie możemy ograniczać się do poznania samego jedynie tła rodzinnego. Jest ono bardzo istotnym ogniwem w naszej diagnostyce i wiele może wyjaśnić, pozostaje jednak tylko ogniwem i wymaga dalszych badań, rozszerzenia naszych wiadomości odnośnie do szerszego terenu, na którym przebiega zbiorowe życie danej rodziny. N. Han-Ilgiewicz, *Nieznośni chłopcy. Typy plastyczności psychicznej w diagnostyce szkolnej,* Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1960, s. 86.

88 E. Jarosz, *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego,* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2001, s. 17.

89 E. Jarosz, *Diagnoza*..., s. 678.

90 B. Muchacka, *Okresy krytyczne na poszczególnych etapach edukacyjnych – doświadczenie osobiste i potencjalne możliwości dziecka,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* red. W. Puślecki, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 113.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

zmian funkcji, jakie są do spełnienia, rodzina w dalszym ciągu posiada nadrzędną i dominującą rolą wychowawczą”[91].

W procesie diagnozowania rodziny nie tylko rozpoznajemy cechy poszczególnych jej członków, lecz staramy się poznać klimat rozwojowo-wychowawczy, który ma siłę oddziaływania na dziecko. Rodzina bowiem stanowi pewną całość, w której występują interakcje, związki czy zależności. Diagnozując rodzinę, staramy się zatem poznać, „jakim faktycznie jest środowiskiem wychowawczym dla danego dziecka, jakie funkcjonują relacje, elementy i cechy oraz warunki, które mogą decydować o prawidłowym czy negatywnym rozwoju”[92].

Diagnoza środowiska, w tym rodziny, jest również zasadniczym elementem w „projektowaniu pomocy, jej form względem osób lub grup ludzkich zamieszkujących określone terytorium tak, aby terapia, kompensacja, profilaktyka, czy też pomoc lub ratownictwo było racjonalne i skuteczne”[93]. S. Kawula[94] podkreśla, że wyniki diagnozy pedagogicznej środowiska mają stanowić przesłanki do podjęcia racjonalnej działalności opiekuńczo-wychowawczej o różnym charakterze, tj. działalności profilaktycznej, reformatorskiej, terapeutycznej, kompensacyjnej i ratowniczej. Jej wyniki i wyrażone oceny, odnoszące się do różnych elementów środowiska, są niezbędne do planowania przyszłej działalności wychowawczej.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że diagnostyka środowiska jest jednym z elementów pomyślnej pracy pedagogicznej. Właściwe rozpoznanie środowiska jest warunkiem skuteczności podjętych działań profilaktycznych, opiekuńczych i naprawczych.

4.3. Diagnoza logopedyczna

Diagnoza logopedyczna stanowi określony sposób postępowania badawczego, którego celem jest potwierdzenie bądź wykluczenie zjawisk

91 D. Kolano, *Współpraca rodziców dzieci upośledzonych umysłowo ze szkołą na przykładzie specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego w Rudniku nad Sanem,* [w:] *Czas na dialog! Materiały z II Ogólnopolskiej Konferencji Nauczycieli Szkolnictwa Specjalnego,* red. N. Grzegorczyk-Dłuciak, Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej, Kraków 2010, s. 120.

92 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa…,* s. 112.

93 S. Kawula, *Diagnostyka…,* s. 655.

94 Tamże, s. 672.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

logopedycznych oraz przewidywanie ich tendencji rozwojowych na podstawie objawów, patogenezy i patomechanizmów[95]. W jego toku następuje rozpoznanie ewentualnych zaburzeń mowy[96], do których zalicza się „wszelkie manifestujące się w różny sposób zaburzenia zachowania językowego, będące konsekwencją braku umiejętności budowania lub odbioru wypowiedzi słownej"[97]. Obejmują one trudności w wysławianiu się, wady mowy, używanie niewłaściwych słów, a więc związane są z artykulacją, fonacją, tonem głosu, płynnością i utrudniają zrozumienie przekazu mówionego. Zaburzenia mowy związane mogą być także z ogólniejszymi zaburzeniami funkcji językowych, utrudniając prawidłową wymowę dziecka, a tym samym swobodny kontakt z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Niezauważone i utrwalone przyczyniają się do późniejszych problemów w nauce czytania i pisania, a także powodują problemy w komunikacji[98]. Specyficzne zaburzenia mowy są „kategorią diagnostyczną dotyczącą dzieci, które nie zdołały rozwinąć języka w stopniu odpowiednim do wieku, pomimo prawidłowego rozwoju w innych sferach. U dzieci tych nie stwierdza się deficytów słuchu, deficytów poznawczych, niepełnosprawności

95 G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala, *Diagnoza i terapia logopedyczna zaburzeń komunikacji u dzieci,* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi,* T. 2, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 306–345.

96 W Stanach Zjednoczonych odróżnia się „zaburzenia języka" od „zaburzeń mowy". Pierwszy termin odnosi się do trudności w nabywaniu kompetencji językowych, drugi do zaburzeń w realizacji wypowiedzi słownej, przy prawidłowo rozwiniętych kompetencjach. Objawy zaburzeń języka są inne od objawów zaburzeń mowy. W pierwszym przypadku obserwuje się zaburzenia fonologii, składni, semantyki bądź pragmatyki i terapia ukierunkowana jest na budowanie i rozwijanie komunikacji językowej, zaś w przypadku zaburzenia mowy, czyli artykulacji, fonacji, oddychania lub płynności mowy, celem terapii są usprawnienia realizacyjne, polegające na ćwiczeniu wymienionych czynności. W polskiej terminologii specjalistycznej dla obu zjawisk stosuje się termin „zaburzenia mowy" lub „zaburzenia komunikacji językowej". Por. G. Jastrzębowska, *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy,* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi…,* s. 9–82.

97 G. Jastrzębowska, *Zakłócenia i zaburzenia…,* s. 9–82.

98 Por. *Starsze przedszkolaki. Jak skutecznie je wychowywać i kształcić w przedszkolu i w domu,* red. E. Gruszczyk-Kolczyńska, CEBP, Kraków 2014, s. 136–140. O prawidłowościach rozwoju mowy i zaburzeniach u starszych przedszkolaków można również przeczytać w: E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze dla dzieci, które rozpoczynają naukę w szkole,* Edukacja Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009, rozdz. 7.1, s. 133–140.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

intelektualnej, uszkodzeń obwodowych mechanizmów mowy ani zaburzeń neurologicznych, jednak nabywanie umiejętności posługiwania się językiem jest znacznie opóźnione”[99].

Artur Żerkowski[100] podkreśla, że zaburzenia mowy powodują niekorzystne dla dziecka następstwa, gdyż mogą opóźniać jego ogólny rozwój. Przede wszystkim utrudniają lub uniemożliwiają nawiązanie kontaktu z otoczeniem (dzieci z dużą wadą wymowy unikają towarzystwa rówieśników, wzrasta w niech niechęć do mówienia). Mogą przysparzać dziecku wielu przykrych przeżyć (np. jąkanie) i przyczyniać się do powstawania problemów w postaci fobii i nerwic. Z kolei zaburzenia mowy na etapie kształtowania się jej rozumienia utrudniają rozumienie poleceń oraz reakcji językowych, co wpływa na psychikę dziecka (jeśli dziecko nie rozumie wszystkich informacji, staje się często powodem konfliktów: jest albo nadpobudliwe i agresywne, albo zahamowane i przyjmuje postawę bierną). Sprzyjają też rozwijaniu się u dziecka takich cech, jak nieśmiałość czy skrytość. Dziecko może czuć się niepełnowartościowe.

Zaburzenia mowy występują częściej u dzieci o wolniejszym rozwoju umysłowym, zwłaszcza intelektualnym[101]. Mowa bowiem bezpośrednio związana jest z dziecięcym rozumowaniem na co najmniej dwa sposoby[102]. Po pierwsze, w mowie dzieci ujawniają wyniki swojego rozumowania. Dzięki temu możliwe jest korzystne dopasowanie procesu uczenia do ich możliwości umysłowych. Jeśli dorosły słucha i rozmawia z dziećmi, może skutecznie kierować ich uczeniem się. Po drugie, w trakcie realizowania czynności poznawczych dziecko ustala ich sens. Głośna i cicha mowa do samego siebie sprzyja kształtowaniu schematów umysłowych, ponieważ jest to ważny etap w procesie interioryzacji.

U dzieci bardzo często diagnozowane są **wady wymowy.** Według Jagody Cieszyńskiej-Rożek wada wymowy jest „deformacją głoski, która u dzieci spowodowana jest najczęściej zaburzeniami przetwarzania

99 B. Daniluk, *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci,* [w:] *Neuropsychologia kliniczna dziecka,* red. A.R. Borkowska, Ł. Domańska, PWN, Warszawa 2007, s. 121.

100 A. Żerkowski, *Mowa jest skarbem. Zaburzenia i zakłócenia rozwoju mowy u dzieci*, „Zdrowie dla Każdego” 2008, 1(9), s. 3.

101 *Starsze przedszkolaki*…, s. 138.

102 Tamże, s. 139.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

bodźców słuchowych w lewej półkuli; przetwarzaniem dźwięków języka według programu prawej półkuli mózgu; wadliwym ułożeniem języka w jamie ustnej; brakiem uniesienia czubka języka do wałka dziąsłowego lub zaburzeniem pracy podniebienia miękkiego i języczka”[103].

Wadę wymowy stwierdza się również wówczas, gdy dziecko lub osoba dorosła zastępuje głoskę spoza systemu języka polskiego. O wadzie wymowy nie powinno się orzekać wobec dzieci z uszkodzeniami organicznymi, porażeniem mózgowym, makroglosją[104], z rozszczepem podniebienia oraz innymi zmianami w obrębie narządów artykulacyjnych. Dlatego diagnoza logopedyczna „istotna jest też z perspektywy oceny budowy i sprawności narządów artykulacyjnych (warg, języka, podniebienia miękkiego) oraz określenia trudności w zakresie wymawiania dźwięków i tworzenia złożonych wypowiedzi”[105]. Wad wymowy nie stwierdza się także w sytuacji zaburzeń słuchu. „Jeśli dziecko nie może w pełni usłyszeć swojej artykulacji, nie zawsze uda się uzyskać normatywnie brzmiące głoski. Brzmienia głosek spowodowane uszkodzeniami organicznymi i/lub chorobami fizycznymi są odmiennymi realizacjami powstałymi na skutek zmian warunków artykulacyjnych”[106]. Główne przyczyny wad wymowy to: „niedomykanie warg, oddychanie przez usta, ssanie smoczka powyżej 2 r.ż., ssanie parafunkcyjne (np. ssanie palca), zasypianie z butelką, przedwczesna utrata zębów mlecznych, bruksizm (zgrzytanie zębami), wady zgryzu czy obniżenie napięcia mięśniowego”[107]. Stwierdzone wady wymowy powinny być jak najszybciej korygowane, bowiem nieprawidłowa realizacja głosek szybko utrwala się w wymowie dziecka. Późne rozpoczęcie terapii logopedycznej przekłada się na dłuższy czas jej trwania.

J. Cieszyńska-Rożek[108] zaznacza, że w czasie terapii z dzieckiem ze stwierdzoną wadą wymowy praca logopedy polega na usunięciu

103 J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa,* Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2013, s. 201–206.

104 Makroglosja – stan, w którym język jest nieprawidłowo duży. Może to być zaburzenie rozwojowe lub stan spowodowany np. guzem nowotworowym języka; http://www.logopedia.net.pl/hasla/72/makroglosja.html (dostęp 21.07.2017).

105 B. Daniluk, *Specyficzne…,* s. 124.

106 J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda Krakowska*…, s. 204–205.

107 Tamże, s. 201.

108 Tamże, s. 205.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

z indywidualnego systemu fonetyczno-fonologicznego dziecka dźwięków, których nie ma w systemie głosek języka polskiego. Eliminacja nieprawidłowych realizacji głosek dokonywana jest poprzez rozwojowy mechanizm substytucji. Dziecko, ucząc się i ćwicząc z logopedą prawidłowe realizacje głosek, stopniowo zastępuje zdeformowaną głoskę prawidłową realizacją. Nauka artykulacji polega na budowaniu sekwencji od sylaby do wyrazu.

Autorka podkreśla również, że wada wymowy nigdy nie jest objawem izolowanym. U dzieci, które deformują głoski, można również zaobserwować „zaburzenia rozwoju dużej i małej motoryki, zwolnione tempo formowania się lateralizacji stronnej, lewouszność, skrzyżowaną, rzadziej lewostronną lateralizację, brak dominacji lewej półkuli dla funkcji mowy, zaburzenia słuchu fonemowego (przewagę przetwarzania prawopółkulowego), zaburzenia spostrzegania (słuchowego i/lub wzrokowego i/lub kinestetyczno-ruchowego), zaburzenia uwagi, brak stymulacji lewopółkulowych, przewagę stymulacji obrazem oraz nieprawidłowe wzory artykulacyjne (także zbyt wczesną naukę języka angielskiego, ułatwiającą międzyzębowe realizacje głosek szczelinowych)”[109].

U dzieci w wieku przedszkolnym może występować opóźnienie rozwoju mowy (mówienia i rozumienia, tylko mówienia lub tylko rozumienia). Jest ono ważnym objawem specyficznych zaburzeń mowy i języka oraz innych zaburzeń rozwojowych. O opóźnionym rozwoju mowy[110] mówimy wówczas, „gdy w procesie nabywania kompetencji i rozwoju sprawności językowych występują ilościowe lub/i jakościowe odstępstwa od normy, których nie można zakwalifikować do zjawisk rozwojowych”[111]. Innymi słowy: opóźnienie rozwoju mowy występuje, gdy proces kształtowania i rozwoju mowy we wszystkich bądź w niektórych jej aspektach (fonetycznym, gramatycznym, leksykalnym czy

109 Tamże, s. 207.

110 W polskiej terminologii stosuje się zamiennie określenia „opóźniony rozwój mowy” i „opóźnienie rozwoju mowy”, co rodzi nieścisłości. Pierwszy termin sugeruje bowiem, że mamy do czynienia z rozpoznanym deficytem, czyli zaburzeniem, natomiast drugi, że proces nabywania kompetencji i sprawności językowych przebiega nieprawidłowo, co manifestuje się wolniejszym niż u rówieśników tempem rozwoju mowy danego dziecka. Por. G. Jastrzębowska, *Zakłócenia i zaburzenia…*, s. 9–82.

111 G. Jastrzębowska, *Zakłócenia i zaburzenia…*, s. 9–82.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ekspresyjnym) ulega opóźnieniu i przebiega niezgodnie z normą przewidywaną dla danej grupy wiekowej. Opóźnienie mowy jest rezultatem indywidualnego tempa i rytmu rozwoju (dysharmonii rozwoju), ale też może być konsekwencją poważnych zaburzeń rozwojowych, np. niepełnosprawności intelektualnej czy głuchoty. „Diagnoza różnicowa pozwala na zakwalifikowanie konkretnego przypadku do jednej z dwóch grup objawów: samoistnego opóźnienia rozwoju mowy, którego przyczyny są związane z indywidualnym tempem i rytmem rozwoju dziecka, lub niesamoistnego opóźnienia rozwoju mowy, będącego następstwem zaburzeń o określonej etiologii”[112].

Logopedzi[113] zwracają uwagę na fakt, że coraz więcej dzieci stojących na progu pierwszej klasy wymaga intensywnej pomocy logopedycznej. „Dzieci przejawiają różnego rodzaju zaburzenia i opóźnienia artykulacyjne, gramatyczne i leksykalne, a nade wszystko nie potrafią budować spójnej wypowiedzi na temat usłyszanego tekstu. Sytuacja na przestrzeni lat nie uległa zmianie, a można nawet uznać, że uległa pogorszeniu”[114]. Z badań specjalistycznych wynika, że dzieci coraz częściej przejawiają coraz większe zaburzenia rozwoju mowy[115]. Niepokojące jest to, że często rodzice nie widzą żadnych nieprawidłowości. To wychowawca przedszkolny jest najczęściej tą osobą, w niektórych środowiskach społecznych jedyną, która zauważa nieprawidłowości mowy u dziecka i uświadamia rodzicom ich istnienie. Obserwacje nauczycielskie potwierdzają opinie logopedów. Nauczyciele sygnalizują, że zdarza się, że w jednej grupie przedszkolnej znaczna liczba[116] dzie-

112 G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala, *Diagnoza i terapia logopedyczna…*, s. 346–362.

113 A. Melon, *Sześciolatek na progu szkoły*, „Życie Szkoły” 2009, nr 6, s. 22–25.

114 Należy zaznaczyć, że zaniechano badań naukowych dotyczących mowy i komunikacji.

115 Zestawienia rodzajów wad występujących u dzieci w wieku 5 i 6 (7) lat w ujęciu procentowym na podstawie literatury z lat 1982–2003 dokonała K. Kuszak, *Trudności w nabywaniu kompetencji językowej a wspieranie i stymulowanie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci…*, s. 164–165.

116 Według danych szacunkowych co trzecie dziecko potrzebuje pomocy logopedy z powodu zaburzeń rozwoju mowy; zob. *Starsze przedszkolaki…,* s. 139. Z kolei badania przeprowadzone w ramach Interdyscyplinarnego Koła Naukowego Młodych Pedagogów-Terapeutów Działam (Ago) na Wydziale Studiów Edukacyjnych UAM w Poznaniu pod opieką nauk. H. Krauze-Sikorskiej i K. Kuszak dowiodły, że 20,33% sześciolatków przejawia nieprawidłowości

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ci przejawia zaburzenia mowy i języka. Dlatego tak ważne jest przeprowadzanie specjalistycznej diagnozy logopedycznej w przedszkolu i opracowanie programu naprawczego dostosowanego do potrzeb i możliwości rozwojowych konkretnego dziecka. Dorota Chmielewska[117], poza specjalistyczną diagnozą logopedyczną we wspomaganiu rozwoju mowy dzieci, przede wszystkim w wieku przedszkolnym, podkreśla ogromną rolę nauczyciela. Jej zdaniem powinien on być wyposażony w podstawową wiedzę dotyczącą kształtowania się i rozwoju mowy dzieci, w narzędzia i umiejętności umożliwiające przesiewowe diagnozowanie stanu mowy na danym etapie rozwoju dziecka. Swoje stanowisko uzasadnia tym, że pomoże to nauczycielom wspierać procesy intelektualne dzieci, nakierowane na systematyczny wzrost ich kompetencji językowych, oraz wcześnie wykrywać nieprawidłowości i kierować rodziców do logopedy.

W 3. r.ż. dziecka[118] rozpoczyna się okres swoistej mowy dziecięcej, który trwa do 7. r.ż. Mowa jest już w pewnym stopniu ukształtowana, jednak nadal się rozwija, następuje progres artykulacyjny, wzbogaca się zasób słownictwa, rozwija się umiejętność budowania zdań złożonych. Dziecko nazywa coraz więcej przedmiotów i zjawisk ze swojego otoczenia. Mówi dużo i chętnie, jednak w dalszym ciągu, i to często, w mowie pojawiają się błędy językowe. Potrafi porozumieć się z otoczeniem i rozumie, co się do niego mówi, jeżeli jest to związane z czymś, czego wcześniej doświadczyło. Dziecko 3-letnie powinno już wymawiać wszystkie samogłoski ustne i nosowe, spółgłoski: p, b, m, f, w, ś, ź, ć, dź, ń, k, g, h, t, t, d, n, l, ł, j. Pojawiają się również głoski takie jak: s, z, c, dz. Dziecko umie już wypowiadać większość z tych głosek poprawnie w izolacji, w mowie potocznej zastępuje je zaś głoskami łatwiejszymi. Dziecko zmiękcza głoski: s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż na głoski: ś, ź, ć, dź.

Najczęstsze błędy językowe pojawiające się u trzylatków, które mogą utrzymywać się do 5. r.ż., to: opuszczanie sylaby początkowej

o charakterze dyslalii, a 4,23% opóźniony rozwój mowy; K. Kuszak, *Trudności…*, s. 165.

117 D. Chmielewska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju mowy dzieci wchodzących w obowiązek szkolny,* [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w edukacji dziecka,* red. E. Marek, J. Łuczak, Naukowe Wydawnictwo Piotrowskie, Piotrków Trybunalski 2010, s. 194.

118 Na podstawie J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda Krakowska…*, s. 78–84.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

lub końcowej (kolano – lano); przestawianie głosek w nazwie (pałka – łapka); tworzenie nowych nazw; głoska r może być wymawiana jako j lub l, ewentualnie jako ł; zamiast f występuje często ch lub odwrotnie.

Dziecko 4-letnie rozumie i mówi coraz więcej. Zadaje bardzo dużo pytań i tworzy własne słowa, tzw. neologizmy dziecięce, np. boiłam się – bałam się, zalampić – zapalić lampę, Bolekbilolek – Bolek i Lolek. Potrafi już mówić o przeszłości i przyszłości, zadaje mnóstwo pytań. Jego mowa zbliżona jest już do mowy dorosłych. Ponadto utrwalają się głoski s, z, c, dz – dziecko nie powinno już zamieniać ich na zmiękczone odpowiedniki ś, ź, ć, dź; głoski sz, ż, cz, dż dziecko może wymieniać na s, z, c, dz – jest to tzw. seplenienie fizjologiczne; pojawia się głoska r, choć jej brak nie powinien jeszcze niepokoić; może pojawić się nieprawidłowe różnicowanie głosek, np. zamiana s, z, c, dz, na sz, ż, cz, dż (szamolot).

Dziecko 5-letnie (w wieku 5 i 6 lat[119]), przy prawidłowym rozwoju mowy, powinno: stosować wypowiedzi wielozdaniowe i opowiadać zdarzenia; opisywać przedmioty i ich zastosowanie, używając różnych przyimków; uwzględniać kolejność zdarzeń i zależności przyczynowo-skutkowe; potrafić wyjaśnić znaczenie słów i używać ich ok. 2000; dokonywać autokorekty mowy (powoli powinny znikać nieprawidłowości gramatyczne). Może jeszcze wymawiać r jako l (rarka – lalka), natomiast sz, ż, cz, dż jako s, z, c, dz (szałata – sałata). Często też może pojawiać się prawidłowe lub hiperpoprawne brzmienie. W wieku 6 lat, przy prawidłowym rozwoju mowy, dziecko swobodnie się nią posługuje, świadomie używając jej do przekazywania swojej wiedzy i emocji. W sposób naturalny porozumiewa się z rówieśnikami i dorosłymi, wykazując się znajomością około 3000 słów. Powinno również wymawiać prawidłowo wszystkie głoski.

Zgodnie z przytoczonymi wytycznymi prawidłowego rozwoju mowy, u dziecka w wieku 5 i 6 lat mowa powinna być już w pełni rozwinięta. Jeśli dziecko w tym wieku nie osiągnie wystarczającej sprawności komunikacyjnej, może zostać odroczone od obowiązku szkolnego. Dlatego tak ważne jest ustalenie przyczyn zaburzeń mowy u dziecka i wdrożenie odpowiedniej terapii przed tym okresem życia.

119 M. Czarnecka-Zreda, *Rozwój mowy u dzieci,* materiały wydawnictwa RAABE, http://cloud.edupage.org/cloud/rozwoj_mowy%281%29.pdf?z%3A13waWz1cGAGcSXlZQZ8bPHq%2FXxbkZ%2BD7OjIbeJ7ddpFXQEO7Lo198csT5a0GbjjN (dostęp 23.06.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Do zadań logopedy[120] należy: 1) diagnozowanie logopedyczne, w tym prowadzenie badań przesiewowych w celu ustalenia stanu mowy oraz poziomu rozwoju językowego uczniów; 2) prowadzenie zajęć logopedycznych dla uczniów oraz porad i konsultacji dla rodziców i nauczycieli w zakresie stymulacji rozwoju mowy uczniów i eliminowania jej zaburzeń; 3) podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej we współpracy z rodzicami uczniów; 4) wspieranie nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów w: a) rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów w celu określenia mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień uczniów oraz przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola, szkoły i placówki, b) udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Rozwój mowy nie u wszystkich dzieci przebiega jednakowo. U jednych jest szybszy, i te dzieci zaczynają mówić wcześniej, u innych natomiast wolniejszy, co przejawia się późniejszymi początkami mowy i wolniejszym przyswajaniem wymowy głosek. Różna może być kolejność pojawiania się poszczególnych głosek w trakcie rozwoju mowy. Stopień rozwoju mowy w danym momencie uzależniony jest od różnych czynników. Do najważniejszych należą psychofizyczny rozwój dziecka oraz wpływ środowiska.

4.4. Diagnoza zaburzeń przetwarzania sensorycznego

„Integracja sensoryczna jest organizacją bodźców w obrębie całego układu nerwowego, wszystkich narządów zmysłów i całego ciała tak, by mogły być użyte do celowego działania”[121].

120 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

121 R. Borowiecka, *Trudności w uczeniu się a zaburzenia integracji sensorycznej,* [w:] *Zeszyt terapeuty, edukacja, profilaktyka, terapia,* red. I. Sosin, M. Matraszak, PTD WO, Warszawa 2008, s. 37.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Prawidłowo przebiegający proces integracji sensorycznej[122] wpływa na rozwój dziecka, jego samoocenę i zdolność do nauki oraz zdolność do odczuwania, rozumienia i organizowania informacji dostarczanych przez zmysły z otoczenia oraz z własnego organizmu. Pozwala segregować, porządkować i składać razem pojedyncze bodźce w pełne funkcje mózgu. Gdy funkcje te są zrównoważone, motoryka ciała łatwo dostosowuje się do otoczenia, a umysł łatwo przyswaja informacje.

Proces integracji sensorycznej zaczyna się od pierwszych miesięcy życia płodowego i najintensywniej przebiega do końca wieku przedszkolnego[123]. Obrazuje to schemat 5.

Najniższy poziom integracji (I) wiąże się ze zdolnością do odpowiedniego przetwarzania bodźców z układu przedsionkowego, proprioceptywnego oraz dotykowego. Te prawidłowo zintegrowane bodźce podstawowe stanowią bazę dla integracji odruchów wczesnoniemowlęcych, napięcia mięśniowego, wzorców podstawy, reakcji równoważnych, ruchów gałek ocznych, podstawowej pewności grawitacyjnej oraz odruchów ssania i jedzenia.

Drugi poziom (II) to dalsze prawidłowe odbieranie i prawidłowe przetwarzanie bodźców priproprioceptywnych, dotykowych i przedsionkowych, co jest podłożem do tworzenia somatognozji[124] oraz praksji[125]. Związane jest to z doskonaleniem koordynacji bilateralnej[126],

122 P. Godzin Emmons, L. McKendry Anderson, *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa 2007, s. 15.

123 A. Rudzińska-Rogoża, *Zastosowanie teorii integracji sensorycznej w diagnozie i terapii dziecka,* [w:] *Wspomaganie rozwoju dziecka z ryzyka dysleksji,* red. A. Rudzińska-Rogoża, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 46–47.

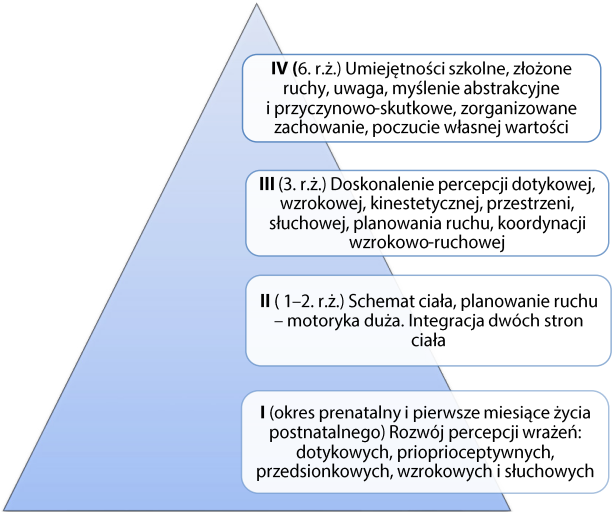
124 Somatognozja – orientacja w schemacie ciała. Poczucie świadomości własnego ciała, jego granic i możliwości, orientacji względem innych obiektów w przestrzeni. Pełna percepcja ciała kształtuje się pod wpływem prawidłowo odbieranych i opracowywanych informacji z systemu dotykowego, proprioceptywnego i przedsionkowego.

125 Praksja – umiejętność wykonywania i planowania prawidłowej sekwencji niewyuczonych aktów ruchowych.

126 Integracja bilateralna – integracja pracy obu półkul mózgowych przez odpowiednio dobrany zestaw ćwiczeń ruchowych. Wpływa korzystnie na rozwój ruchowy i procesy poznawcze. W szczególności kierowana jest do dzieci z zaburzeniami procesów integracji sensorycznej, z nadpobudliwością psychoruchową i trudnościami szkolnymi; http://www.malywielki.pl/o_bi.html (dostęp 23.06.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Schemat 5. Przebieg procesu integracji sensorycznej


IV (6. r.ż.) Umiejętności szkolne, złożone ruchy, uwaga, myślenie abstrakcyjne i przyczynowo-skutkowe, zorganizowane zachowanie, poczucie własnej wartości
III (3. r.ż.) Doskonalenie percepcji dotykowej, wzrokowej, kinestetycznej, przestrzeni, słuchowej, planowania ruchu, koordynacji wzrokowo-ruchowej
II (1–2. r.ż.) Schemat ciała, planowanie ruchu – motoryka duża. Integracja dwóch stron ciała
I (okres prenatalny i pierwsze miesiące życia postnatalnego) Rozwój percepcji wrażeń: dotykowych, proprioceptywnych, przedsionkowych, wzrokowych i słuchowych

Źródło: C.S. Kranowitz, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, Harmonia, Gdańsk 2012, s. 76

rozwojem dużej motoryki oraz możliwości podzielności uwagi, stabilności emocjonalnej oraz rozwojem percepcji wzrokowej i słuchowej.

Przejście na trzeci poziom integracji (III) dotyczy motoryki małej, koordynacji dotykowo-wzrokowo-ruchowej, różnicowania stron ciała i większej aktywności ruchowej.

Na najwyższym poziomie (IV) wykształca się zdolność do koncentracji uwagi, budowania samokontroli, samoakceptacji, samooceny. Dziecko ma możliwość podjęcia podstawowych czynności szkolnych.

Aby dziecko mogło prawidłowo funkcjonować, proces integracji sensorycznej musi zostać na każdym z tych etapów zakończony. Wszystkie zmysły muszą prawidłowo działać i harmonijnie ze sobą współpracować. Mózg musi sobie radzić z napływem bodźców, w prawidłowy sposób je integrować i przetwarzać, dostarczając dziecku dokładnej informacji o nim samym i otaczającym świecie.

Kiedy bodźce przepływają w dobrze zorganizowany i zintegrowany sposób, mózg może je wykorzystać do „tworzenia wyobrażeń, opracowywania zachowań i przyswajania wiedzy. Jeśli reakcje dziecka są nieadekwatne do zaistniałej sytuacji, mówimy o «zaburzeniach uwa-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

gi», «opóźnieniu rozwoju», «trudnościach w uczeniu się», które mogą być wynikiem zaburzeń integracji sensorycznej”[127].

Twórczynią teoretycznych podstaw oraz sposobów diagnozy i terapii zaburzeń integracji sensorycznej była Annie J. Ayres (1920–1989), psycholog i terapeuta zajęciowy w Instytucie Badań Mózgu na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles.

A.J. Ayres stwierdziła, iż rozwój integracji zmysłowej zależy od trzech najwcześniej dojrzewających układów zmysłu: dotykowego, proprioceptywnego i przedsionkowego. To one tworzą bazę, która wraz z rozwojem i integracją odruchów nadaje kształt rozwojowi dziecka. Zmysł dotyku, przedsionkowy oraz proprioceptywny zaczynają funkcjonować w bardzo wczesnym etapie życia, bo już podczas życia płodowego. Działania tych podstawowych zmysłów są ściśle ze sobą powiązane i w trakcie rozwoju tworzą połączenia z innymi zmysłami w obrębie mózgu. To wzajemne na siebie oddziaływanie różnych zmysłów jest złożone i niezbędne do prawidłowej interpretacji sytuacji i odpowiedniej reakcji. Ten proces celowej organizacji zmysłów nosi właśnie nazwę integracji sensorycznej.

Układ dotykowy ma receptory umiejscowione w skórze i na jej powierzchni, odbiera wrażenia lekkiego i głębokiego dotyku, nacisku, ciepła, zimna i bólu. „Wpływa bezpośrednio na poznawanie własnego ciała, różnicowanie przedmiotów bez kontroli wzroku oraz rozwój społeczno-emocjonalny”[128]. Układ dotykowy to układ największy. Henry Head we współpracy z Gordonem Holmesem odkrył dwa typy układu dotykowego: filogenetycznie starszy, protopatyczny, oraz młodszy, epikrytyczny[129]. System protopatyczny służy do obrony, ostrzega przed niebezpieczeństwem i zabezpiecza organizm przed uszkodzeniem, a w razie niebezpiecznego bodźca dotykowego mobilizuje do ucieczki, pobudza układ ruchowy oraz wyzwala strach i niepokój. System epikrytyczny służy do różnicowania odbieranych bodźców. Informuje dokładnie, gdzie bodziec działa na skórę, w jakiej części ciała, jakiego rodzaju i jaka jest siła jego nacisku, a także o związku czaso-

127 A. Rudzińska-Rogoża, *Zastosowanie teorii…*, s. 46.

128 V.F. Maas, *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP, Warszawa 1998, s. 58.

129 C. Grzywniak, *Stymulacja rozwoju dzieci z trudnościami w uczeniu się – nowe tendencje,* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012, s. 31–34.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wym pomiędzy jednym bodźcem a drugim. System ten działa w sytuacjach niezagrażających życiu i podlega systemowi protopatycznemu.

Układ proprioceptywny (czucie głębokie) dzieli się na „czucie mięśniowe płynące z receptorów w mięśniach i ścięgnach oraz czucie kinestetyczne, polegające na odczuwaniu ułożenia ciała, czuciu napięcia mięśniowego i kierowania nim oraz ich ruchu, a także czuciu ciężaru, oporu i siły przeciwstawiającej się ruchom”[130]. Dzięki zmysłowi czucia proprioceptywnego mamy świadomość pozycji ciała. To dzięki propriocepcji można wykonywać precyzyjne ruchy rąk lub nóg.

Układ przedsionkowy (zmysł równowagi) ma receptory w uchu wewnętrznym i łączy się bezpośrednio ze ślimakiem, w którym znajdują się receptory słuchowe. „Układ ten jest najważniejszy, gdyż poprzez liczne połączenia nerwowe wpływa na funkcjonowanie innych układów nerwowych. Czynności układu przedsionkowego są ściśle połączone z innymi zmysłami, zwłaszcza z narządem wzroku, proprioceptorami mięśni i stawów, receptorami dotyku i uścisku”[131]. Reaguje na siłę grawitacji, ruchy linearne i obrotowe oraz przyśpieszenie. Innymi słowy: reaguje na ruchy ciała w przestrzeni oraz zmianę pozycji głowy. Pomaga w prawidłowym odbiorze wrażeń przez inne systemy sensoryczne (wzrokowy, słuchowy, proprioceptywny). Ma wpływ na stabilizację napięcia mięśniowego, utrzymanie równowagi, koordynację, płynność ruchów ciała i ruchów gałek ocznych – a zatem na postawę ciała podczas aktywności ruchowej oraz przy wykonywaniu zadań przy stole, właściwą sprawność rąk i współpracę obu rąk. Znajduje to również odzwierciedlenie w przyswajaniu technik szkolnych, jak również nabywaniu sprawności ruchowej i umiejętności w zakresie samoobsługi. System przedsionkowy może być traktowany jako podstawa dla orientacji ciała w stosunku do otoczenia.

Aby móc lepiej zrozumieć, w jaki sposób mózg przetwarza otrzymywane informacje, specjaliści wyróżniają następujące procesy: rejestrowanie, modulację i odpowiedź. Zaburzenia przetwarzania bodźców sensorycznych dochodzących z wyżej wymienionych elementów mogą powodować u dziecka trudności:

– z rejestrowaniem – dziecko może zbyt słabo reagować na ruch lub dotyk, wydawać się letargiczne, z opóźnieniem odpowiadać na do-

130 Tamże, s. 35.

131 Tamże, s. 27–28.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

cierające do niego bodźce. Z drugiej strony może także reagować na te czynniki w sposób zbyt gwałtowny;
- z modulacją – dziecko może źle znosić zmiany w codziennych czynnościach, łatwo się rozpraszać, może być nadmiernie aktywne, mieć problemy z przechodzeniem od jednej czynności do drugiej lub wydawać się nieobecne, wycofane z życia lub zamknięte we własnym świecie;
- z odpowiedzią lub „integracją" – dziecko może mieć problemy z motoryką, reagować w sposób niezdarny, mieć słabą świadomość własnego ciała i kłopoty z koordynacją obu jego stron[132].

Lucy J. Miller[133] zwraca uwagę, że nietypowe reakcje na informacje pochodzące ze zmysłów mogą objawiać się w postaci niewłaściwego zachowania, reakcji emocjonalnych nieadekwatnych do zaistniałego bodźca, problemów z uwagą. Mogą też manifestować się problemami motorycznymi lub trudnością z organizacją działania czy zachowania. Zazwyczaj idą za tym kolejne utrudnienia, takie jak ograniczony udział w życiu społecznym, kłopoty z samoregulacją i obniżona samoocena.

Dany rodzaj zaburzenia sensorycznego rodzi określone zachowania dziecka. Przy nadwrażliwości na dotyk dziecko może mieć problem z wykonywaniem czynności wymagających brudzenia rąk, takich jak malowanie palcami, lepienie z plasteliny, ciastoliny, ciasta solnego. Może też wzbraniać się przed używaniem kleju. Drażnić go mogą ślady zostawione przez długopis/pisak na palcach czy rękach. Może unikać brania do rąk przedmiotów o fakturze, która jest dla niego niemiła. Dużym problemem w czasie zajęć ruchowych mogą okazać się piłki jeżykowe czy dyski o różnej fakturze – dziecko z obronnością dotykową nie weźmie ich do rąk, może nawet wpadać w panikę na ich widok. Nie należy wówczas dziecka zmuszać do zabaw nimi, ale zapewnić mu takie zabawki, które będą dla niego miłe w dotyku.

Dzieci z podwrażliwością często są wycofane, wolą gry indywidualne niż zespołowe lub w ogóle w grach nie uczestniczą. Wykazują się niskim poziomem aktywności i powolnością. Rzadko narzekają na brak towarzystwa innych dzieci lub nudę. Można powiedzieć, że prefe-

132 P. Godwin Emmons, L. McKendry Anderson, *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*..., s. 18–19.

133 L.J. Miller, *Dzieci w świecie doznań. Jak pomóc dzieciom z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego?,* Harmonia, Gdańsk 2016, s. 41.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rują raczej bierny tryb życia. Dziecko może ignorować ból czy być nieświadome zmian pozycji ciała. Wszystkie te zachowania powodują, że dziecku trudno jest odnaleźć się w społeczeństwie i poprawnie w nim funkcjonować[134].

Inną dysfunkcją integracji sensorycznej jest poszukiwanie wrażeń sensorycznych. Dziecko podświadomie poszukuje silnych bodźców i zazwyczaj dopiero przy takich bodźcach lub dużej ich ilości reaguje. W zachowaniu dysfunkcja ta może przejawiać się aktywnym poszukiwaniem danej stymulacji – takie dziecko potrzebuje wielu wrażeń, nigdy nie ma dość, lubi intensywne doznania. Jeżeli nie może ich dostać od otoczenia, to samo je sobie aplikuje. Jak podkreśla Celestyna Grzywniak[135], w układzie, w którym występuje poszukiwanie wrażeń, często pojawiają się trudności z rozpoznaniem docierających informacji sensorycznych.

System nerwowy dzieci z zaburzeniami modulacji sensorycznej jest nadmiernie aktywny, pobudzony. Dziecko ciągle stara się kontrolować otoczenie, szybko reagując na nowe, nawet o niewielkiej sile, bodźce. Ich nadmiar dezorganizuje mechanizm filtrowania (różnicowania) dźwięków ważnych od nieistotnych, informacji istotnych dla percepcji od „śmieci" informacyjnych. Przeładowanie systemu nerwowego wywołuje u dziecka próby ucieczki, unikania bodźców, co powoduje uaktywnienie reakcji obronnej.

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego obejmują również tzw. dyskryminację sensoryczną, przy której dziecko źle ocenia ważność przedmiotów i doświadczeń. Objawem tego zaburzenia może być brak uwagi, problemy z organizacją czy słabe wyniki w szkole.

Innym rodzajem zaburzenia jest dyspraksja, która może powodować problemy z wypowiadaniem się, percepcją lub ograniczać myślenie, np. przyczynowo-skutkowe. Dzieci z dyspraksją łatwo ulegają frustracji, mogą próbować manipulować otoczeniem i kontrolować je. Mogą również próbować ukrywać swoje problemy z planowaniem ruchowym, „pajacując" i popisując się przed innymi lub unikając nowych aktywności wykonywanych w grupie.

Dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego często są rozdrażnione, niespokojne, impulsywne, reagują na docierające do

134 Tamże, s. 71.

135 C. Grzywniak, *Stymulacja…,* s. 69.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

nich bodźce w sposób nie zawsze akceptowany społecznie. Łatwo się rozpraszają, mają problemy z przystosowaniem się do nowej sytuacji. Inne mogą z kolei prezentować postawę wycofywania, być sfrustrowane, kiedy ponoszą porażkę, wolno się uaktywniać i szybko się męczyć. U niektórych dzieci poziom aktywności może się zmieniać – od jednego ekstremum do drugiego. Wszystko to powoduje, że w oczach społeczeństwa odbierane są jako trudne, niezdyscyplinowane, lekceważące normy społeczne. Należy jednak zwrócić uwagę, że dzieci te cierpią, bowiem docierające do nich bodźce odbierane są intensywniej, a brak umiejętności radzenia sobie z ich mnogością rodzi rozdrażnienie, pobudzenie, trudności z samoregulacją zachowania.

Warto zaznaczyć, że zaburzenia przetwarzania sensorycznego są coraz częściej obserwowane i diagnozowane u dzieci w wieku przedszkolnym. Wymagają one specjalistycznej pomocy i terapii.

Podsumowując, należy podkreślić, że diagnoza nie ogranicza się jedynie do sprawdzenia i oceny psychofizycznego rozwoju dziecka i jego umiejętności. Obejmuje przede wszystkim wyjaśnienie przyczyn zastanego bądź zaobserwowanego stanu rzeczy i skupia się na przewidywaniu (prognozie) osiągnięć. Diagnoza służy zmianie. Zmiana zaś jest efektem podjętych działań naprawczych dotyczących samego dziecka, jego zachowania i funkcjonowania w środowisku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Rozdział drugi

Rozpoznanie zaburzeń rozwojowych dziecka i wspomaganie jego rozwoju

1. Wyjaśnienie podstawowych pojęć dotyczących rozpoznawania zaburzeń i wspomagania rozwoju

W procesie diagnozy i wspomagania rozwoju dziecka najczęściej stosowane są pojęcia: rozwój, zaburzenie rozwojowe, dysharmonia, opóźnienie i trudności rozwojowe oraz wsparcie i wspomaganie. Niezwykle istotne jest prawidłowe ich zdefiniowanie.

W ujęciu encyklopedycznym **rozwój** oznacza „zachodzenie zmian w istniejącym stanie rzeczy; jest złożonym procesem przebiegającym w czasie; ma charakter długookresowy, przebiega stopniowo w sposób uporządkowany, obejmując nakładające się na siebie w czasie zmiany, utrzymujące się stosunkowo trwale; rozwój może być progresywny – związany z postępem, czyli dążeniem do stanu pożądanego lub idealnego, oraz rozwój regresywny – związany z regresem, czyli oddalaniem się od stanu pożądanego lub idealnego”[1]. Trzeba podkreślić, że rozwój „przebiega w czasie” i ma „charakter długookresowy”, obejmuje całość życia człowieka, a nie tylko dzieciństwo i okres młodzieńczy. W związku z tym należy odnieść się do zmian rozwojowych, które w teoriach rozwoju przez całe życie skupiają się na szeroko ujętych kategoriach-sferach:

- fizycznej, obejmującej zmiany wymiarów, kształtu i właściwości ciała;
- poznawczej, badającej zmiany zachodzące w myśleniu, pamięci, rozwiązywaniu problemów i innych czynności umysłowych;

1 *Popularna encyklopedia powszechna*, T. 15, Fogra, Kraków 1996, s. 273.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– społecznej, na którą składają się zmiany związane ze stosunkami pomiędzy ludźmi[2].

Rozwój nie dokonuje się zatem tylko w wyniku procesów dojrzewania (czynnik biologiczny), czyli genetycznie zaprogramowanego wzorca sekwencji zmian, ale odbywa się również w kontakcie ze środowiskiem. Oba te czynniki: biologiczny i społeczny są mocno ze sobą powiązane, oddziałują na siebie i warunkują szeroko rozumiany i ciągły rozwój człowieka. W tak skorelowanym rozwoju czynnik biologiczny „wyznacza tempo i zakres wzrostu organizmu, kolejność kształtowania się kolejnych układów, czas ich powstawania oraz jakość powiązań między nimi. Decyduje więc o rytmie i tempie procesu dojrzewania, a także o osiąganiu funkcjonalnej dojrzałości przez ośrodkowy układ nerwowy, zawiadujący działaniem naszego organizmu i odpowiadający za jakość kontaktu z otoczeniem"[3]. Czynnik społeczny odnosi się do oczekiwań, jakie ma społeczeństwo wobec jednostki (inne wobec dzieci, młodzieży, a inne wobec osób dorosłych; inne w stosunku do chłopców, a inne wobec dziewczynek). Anna Brzezińska pisze: „Proces dojrzewania biologicznego owocujący odpowiednim poziomem gotowości do podjęcia zadania oraz zachodzący w jego ramach proces socjalizacji i edukacji, czyli zmieniające się wraz z wiekiem oczekiwania otoczenia społecznego, dotyczące stawianych wymagań, zadań i standardów ich wykonania – to dwa konteksty, których jakość w dużym stopniu wyznacza przebieg procesu rozwoju i poziom osiągnięć rozwojowych. Jeśli oba te procesy – czyli dojrzewanie i edukacja – będą przebiegać w podobnym tempie, możemy mówić o prawidłowym rozwoju"[4]. Na nierozerwalny związek rozwoju i edukacji zwraca uwagę również Jean Piaget[5]. Ujmuje on go jednak w kontekście zgodności. Równowaga między rozwojem a edukacją prowadzi do wzmacniania i rozwoju intelektualnego, moralnego i społecznego osoby, odnosi się zatem do koncepcji czynników wewnętrznych i zewnętrznych decydujących o rozwoju.

2 D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań 2008, s. 21–23.

3 A.I. Brzezińska, *Jak przebiega rozwój człowieka?,* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, red. A.I. Brzezińska, GWP, Gdańsk 2005, s. 24.

4 Tamże, s. 27–28.

5 J. Piaget, *Studia z psychologii dziecka*, PWN, Warszawa 2006, s. 144.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Istnieją bowiem teorie, zgodnie z którymi nasz rozwój determinowany jest przez czynniki wewnętrzne (możliwości, potrzeby, zdolności, motywacje, inteligencja) i czynniki zewnętrzne (kontekst społeczno-kulturowy, proces socjalizacji i edukacji). Należą do nich: teoria „grzechu pierworodnego", zrodzona na kanwie religii chrześcijańskiej, teoria „dobra wrodzonego", której twórcą był Jean Jacques Rousseau, oraz teoria „czystej karty", utworzona przez Johna Locke'a[6].

Pojęcie rozwoju analizowane jest przez biologów[7], socjologów[8], filozofów[9] oraz psychologów. Najbliższy rozważaniom autorki staje się rozwój w ujęciu psychologicznym, gdzie spotykamy się z określeniem rozwoju psychicznego. „Pod pojęciem rozwoju psychicznego człowieka rozumie się rozwój poszczególnych dziedzin psychiki, to znaczy rozwój: motoryczny, percepcyjny, umysłowy, emocjonalny, społeczny, moralny i estetyczny"[10].

Analizując rozwój w sensie psychologicznym, można dokonać rozróżnienia na „wzrost"[11] i „rozwój". „Wzrost dotyczy zmian ilościowych (powiększenia wielkości i struktury), rozwój – zmian zarówno ilościowych, jak i jakościowych, stanowiąc progresywną serię uporządkowanych i spójnych zmian"[12]. Można również oddzielić „rozwój" od „wzrastania": „Pierwszy jest procesem stopniowego przekształcania się z form prostszych do bardziej złożonych w miarę wzrostu, drugi – polega na powiększaniu się rozmiarów ciała. Oba zjawiska dokonują się równolegle: poszczególne stadia wzrostu i rozwoju mają miejsce

6 Bliższe informacje na temat wspomnianych teorii rozwoju można znaleźć w: D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju*…

7 Biolodzy używają terminu „rozwój" w dwu kontekstach: kiedy mówią o filogenezie, to jest o rozwoju człowieka – od form zwierzęcych do jego dzisiejszej postaci, oraz kiedy mówią o ontogenezie, czyli o osobniczym rozwoju człowieka – od zapłodnionej komórki jajowej do osiągnięcia postaci dojrzałej, http://www.kul.pl/pojecie-rozwoju-czlowieka-w-pedagogice,art_3321.html (dostęp 14.08.2017).

8 Tamże.

9 Tamże.

10 A. Salamucha, *Pojęcie rozwoju we współczesnej pedagogice*, „Roczniki Nauk Społecznych KUL" 2000–2001, 28–29, z. 2, s. 159–166.

11 Szerzej zagadnienie wzrostu i jego roli w rozwoju jest omówione w: T. Hellbrügge i in., *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa,* Antykwa, Kraków 1994.

12 Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

w tej samej, ściśle określonej kolejności i dziecko może wejść w kolejne stadium tylko wtedy, gdy osiągnie pewien poziom rozwoju w ramach stadium wcześniejszego”[13].

W ujęciu psychologicznym rozwój można traktować również w sensie rozwoju osobowości, z którym związany jest, wspominany już wcześniej, proces dojrzewania. Przy takim podejściu dojrzewanie rozumiane jest jako „rozwój potencjalnych właściwości jednostki, stanowiący jej wyposażenie genetyczne, zaś celem rozwoju w takim ujęciu jest «samorealizacja», czyli dążenie do robienia tego, do czego ktoś się najlepiej nadaje (inaczej edukacja)”[14].

Analizując pojęcie rozwoju, ważne jest, by dostrzegać nie tylko zmiany zachodzące w człowieku, ale cały ich kontekst związany z warunkami, w których przebiegają, oraz z ciągłością samych zjawisk. Późniejsze zachowania i sposób funkcjonowania zależą bowiem od wcześniejszych doświadczeń i zachowań danego człowieka. „Analiza kolejnych etapów rozwojowych (mechanizmów, potrzeb, możliwości wspomagania rozwoju w danym etapie rozwoju) ma sens tylko wtedy, gdy uwzględniamy w myśleniu nie tylko teraźniejszość i wyzwania danego okresu, ale również przeszłość (wcześniejsze doświadczenia, nabyte zasoby, ograniczenia) oraz przyszłość danego człowieka (przyszłe wyzwania, konteksty funkcjonowania)”[15]. Dlatego szeroko rozumiany rozwój powinien odbywać się nie w izolacji, ale na tle całego społeczeństwa i środowiska.

Uogólniając, należy przyjąć, że:

- człowiek nie tylko zmienia się, ale także rozwija przez całe swe życie – od poczęcia do śmierci, zatem znaczące zmiany rozwojowe występują w każdym okresie życia;
- aby zrozumieć logikę (sens) i dynamikę (rytm) zmian indywidualnych ścieżek rozwoju ludzi, należy brać pod uwagę zarówno to, co się zmienia w każdym kolejnym okresie życia, jak i to, co pozostaje stałe mimo upływu czasu, a więc z jednej strony będzie nas interesowało to, co nowego pojawia się w kolejnych fazach rozwoju, a z drugiej to, co jedynie usprawnia się i doskonali;

13 C. Lee, *Wzrastanie i rozwój dziecka*, WSiP, Warszawa 1997, s. 11.

14 E.B. Hurlock, *Rozwój dziecka,* PWN, Warszawa 1985, s. 57.

15 M. Czub, J. Matejczuk, *Rozwój społeczno-emocjonalny w pierwszych sześciu latach życia. Perspektywa jednostki, rodziny i społeczeństwa,* Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015, s. 8.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– rozwój dotyczy zawsze człowieka jako całości (kształtowanie się tożsamości), co nie oznacza, że nie brane są pod uwagę szczegółowe zmiany jego funkcjonowania w różnych obszarach, np. fizycznym, intelektualnym, emocjonalnym czy społecznym;
– zmiany rozwojowe należy analizować w kontekście istotnych dla jednostki w danym etapie jej życia różnych środowisk, w których żyje, oraz związków, w jakie wchodzi z ludźmi w swym najbliższym otoczeniu[16].

Przyjętym i wykorzystywanym przez autorkę założeniem jest zatem idea rozwoju dziecka/człowieka jako całości, przy uwzględnianiu różnych splatających się ze sobą aspektów jego funkcjonowania: biologicznego, społecznego, psychicznego, a także relacji między osobą a społeczeństwem i środowiskami, w których funkcjonuje.

Kolejnym pojęciem wymagającym wyjaśnienia jest **zaburzenie rozwoju**. W ICD-10[17] wszelkie nieprawidłowości będące przejawem indywidualnego tempa i rytmu rozwojowego określa się mianem „normalnych odmian rozwoju", przeciwstawiając je klinicznie „znaczącym zaburzeniom". Obok sformułowania „zaburzenie" używa się także terminu „opóźnienie funkcji rozwojowych" oraz mówi się o zaburzeniach definiowanych raczej w kategorii odchylenia niż opóźnienia funkcji rozwojowych.

Pojęcie „zaburzenie" – według autorów ICD-10 – jest pojęciem nadrzędnym, którego używa się w celu „wskazania na istnienie klinicznie stwierdzonych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego"[18]. Zaburzenie rozwoju, czyli zaburzenie ujawniające się w okresie dzieciństwa, jest niezwykle trudno zdefiniować. Określenie to związane jest z odniesieniem się do poszczególnych etapów rozwoju dziecka. Mówiąc zatem o zaburzeniu rozwoju, skupiamy się na opisie zachowania lub opisie rozwoju dziecka. Przyjmując taki system ujmowania problematyki zaburzeń, klasyfikacje psychiatryczne proponu-

16 A. Brzezińska, *Portrety psychologiczne człowieka. Jak zmienia się człowiek w ciągu życia*?, „Remedium" 2003, 4 (122), s. 3–8.

17 W przygotowaniu ICD-11.

18 G. Jastrzębowska, *Zakłócenia rozwoju mowy,* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi,* T. 2, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 9–82.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wane przez Światową Organizację Zdrowia (ICD)[19] są w pełni wystarczające. Zawierają bowiem opis symptomów zaburzeń, ich nasilenia czy częstotliwości występowania oraz uwzględniają normy rozwojowe.

Wobec braku jednoznacznych definicji pojęcia „zaburzenie rozwoju" i ich szerokiego ujęcia należy przyjąć, że termin ten, na potrzeby książki, określał będzie wytyczne ujęte w ICD-10 w odniesieniu do norm rozwojowych danego wieku dziecka. Mianem „zaburzenia" określane będą wszelkie niekorzystne odchylenia od normalnego, prawidłowego rozwoju organizmu oraz psychiki dziecka, niezależnie od przyczyn, które je wywołały[20].

Inny termin, którym bardzo często posługują się specjaliści pracujący z dziećmi, to **opóźnienie rozwoju**. Odwołując się do Małgorzaty Skórczyńskiej, należy przyjąć, że opóźnienie rozwoju jest pozostawaniem w tyle, w porównaniu z normami przewidzianymi dla określonego wieku dziecka w poznawczej, motorycznej i emocjonalnej sferze rozwoju dziecka. Opóźnienie rozwoju jest symptomem, a nie diagnozą. Na ogół uważa się, że opóźnienie rozwojowe jest istotne, jeżeli przekracza dwa tzw. odchylenia standardowe poniżej średniej. Znajomość przyczyn nieprawidłowości w przebiegu procesu rozwoju dziecka doprowadza do opracowania planu terapii adekwatnego do jego potrzeb[21].

Kolejnym pojęciem wymagającym wyjaśnienia jest **dysharmonia rozwojowa**. Nie u wszystkich dzieci rozwój poszczególnych funkcji fizycznych i psychicznych przebiega równomiernie i harmonijnie. Przy niejednakowym tempie rozwoju w poszczególnych zakresach mówi się

19 Patrz: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczn*e, red. J. Wciórka, S. Pużyński, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000; *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne,* red. J. Wciórka, S. Pużyński, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1998.

20 Przyczyną mogą być zarówno działające w okresie płodowym i okołoporodowym czynniki biologiczne, które zakłócają prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego dziecka na skutek uszkodzenia struktur nerwowych, jak i czynniki społeczne: niekorzystna atmosfera domowa, kłótnie i poważniejsze rozdźwięki w pożyciu rodziców, liczne konflikty i urazy psychiczne w życiu dziecka doznane w rodzinie i wśród rówieśników.

21 M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie rozwoju,* [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju,* red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 14–16.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

o zakłóceniach jego rytmu. Nierównomierność rozwoju może polegać na rozbieżności między rozwojem fizycznym a rozwojem psychicznym, może też dotyczyć tylko poszczególnych sfer rozwoju psychicznego.

Dysharmonia rozwojowa to „zaburzenie rozwoju dziecka w postaci różnego tempa i nierównomierności jego rozwoju w poszczególnych sferach. Dziecko osiąga w danym wieku życia (W.Ż.) różny wiek rozwoju (W.R.) w poszczególnych sferach. W niektórych sferach jego rozwój może być adekwatny do ustalonych norm dla danego wieku (W.R. = W.Ż.), w innych jest opóźniony (W.R. < W.Ż.), a jeszcze w innej przyśpieszony (W.R. > W.Ż.)”[22]. Nierównomierne tempo rozwoju wyraża się więc rozbieżnością osiągniętych przez dziecko poziomów rozwoju w poszczególnych sferach. Przykładem może być dziecko o przyśpieszonym rozwoju sfery poznawczej i mowy, przeciętnym (w normie wieku) rozwoju fizycznym i opóźnionym rozwoju emocjonalno-społecznym. Niekiedy dzieci przejawiają dysharmonie rozwojowe w wąskich zakresach, np. w sferze koordynacji wzrokowo-ruchowej, sprawności manualnej, koncentracji uwagi. Są to tzw. fragmentaryczne deficyty rozwojowe. Dysharmonie w rozwoju dzieci w danych sferach najczęściej uwarunkowane są „brakiem, niedoborem lub nadmiarem stymulacji rozwoju tych sfer poprzez oddziaływania społeczno-kulturowe, wychowawcze, edukacyjne. Długo utrzymujące się dysharmonie i deficyty rozwojowe u dzieci, które mają zapewnione właściwe dla ich wieku warunki rozwoju, zwykle występują na podłożu uszkodzeń i zaburzeń konstytucyjnych, np. ośrodków wzroku, słuchu, koordynacji ruchowej, mowy – w centralnym układzie nerwowym. Są to np. dzieci z dysleksją, dysgrafią, dysortografią, dyskalkulią, zaburzoną lateralizacją”[23].

Pojęciem często spotykanym w procesie diagnozowania i wspierania dziecka jest **trudność**. W ujęciu słownikowym oznacza ono komplikację, przeciwność, przeszkodę, właściwość tego, co trudne. Według Joanny Skibskiej[24] trudności odnoszą się do dzieci z zaburzeniami

22 I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole,* WSiP, Warszawa 1996, s. 17.

23 A. Maciarz, *Mały leksykon pedagoga specjalnego*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005, s. 36–37.

24 J. Skibska, *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE) w przedszkolu i szkole, zmiany systemowe,* [w:] *Dziecko-uczeń a wczesna edukacja,* red. I. Adamek, J. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 95–108.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

i odchyleniami rozwojowymi o różnej etiologii, które wymagają specjalnego organizowania procesu edukacyjnego. Do grupy tej zalicza dzieci: niewidome, niedowidzące, niesłyszące, niedosłyszące, z chorobą przewlekłą, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością ruchową, z niepełnosprawnością intelektualną, z autyzmem, dzieci niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem oraz uzależnione i z zaburzeniami zachowania.

W opinii S. Włoch[25] „trudność powstaje w spotkaniu z tym, co nie jest godne uwagi, zainteresowań czy możliwości wykonania zadań wtedy, kiedy brak pola doświadczeń, tempo rozwoju nie nadąża za wymaganiami często niedostosowanymi do możliwości dziecka"[26].

Na potrzeby książki oraz przeprowadzonych badań i analiz zarówno jedno, jak i drugie ujęcie trudności rozwojowych znajduje uzasadnienie.

Postawiona diagnoza, odnosząca się do dziecka, które przeżywa sytuacje trudne, często dla niego niezrozumiałe, skłania do refleksji nad przyczynami zaburzeń oraz do podjęcia oddziaływań wspierających jego rozwój. Istotnym elementem tych oddziaływań staje się pomoc. W ujęciu słownikowym pomoc to działanie zmierzające do poprawienia czyjejś sytuacji, wsparcie, pomaganie, ułatwienie. W procesie wspierania rozwoju pomoc rozumiana będzie jako **wsparcie** udzielane dziecku w sytuacji trudnej. Wsparcie dziecka zaburzonego należy rozpatrywać w kontekście wsparcia społecznego. Dziecko potrzebuje go codziennie ze strony nauczyciela, rodziny i specjalistów. Objęcia wsparciem wymagają również rodzice tychże dzieci. W zależności od modelu teoretycznego, w obrębie którego definiowane jest wsparcie, przyjmuje ono różne znaczenia.

Większość badaczy, w tym Helena Sęk i Roman Cieślak, rozumie wsparcie jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej"[27]. Celem wsparcia, w takim ujęciu, jest przede wszyst-

25 S. Włoch, *Diagnoza całościowa wskaźnikiem pracy z dzieckiem w wieku przedszkolnym,* [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w edukacji dziecka*, red. E. Marek, J. Łuczak, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2010, s. 62.

26 Tamże.

27 H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie,* PWN, Warszawa 2011, s. 18.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

kim zmniejszenie stresu oraz pomoc w radzeniu sobie w sytuacji trudnej poprzez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa, a także budowanie nadziei. Poza emocjonalną stroną wsparcia istnieje również jego kontekst instrumentalny, traktowany jako możliwość przybliżania się do rozwiązywania problemu i przezwyciężania trudności przez osobę wspieraną. Warunkiem koniecznym do osiągnięcia wspomnianego celu jest dostosowanie pomocy do potrzeb osoby, która jej potrzebuje.

Wsparcie może przybierać charakter informacyjny, instrumentalny, emocjonalny albo wartościujący[28].

Wsparcie informacyjne ma na celu wymianę w procesie interakcji informacji (na linii nauczyciel – rodzic, nauczyciel – specjalista, rodzic – specjalista), które ułatwią zrozumienie sytuacji czy problemu, z którym dziecko się zmaga. To również dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych.

Wsparcie instrumentalne to udzielanie osobie wspieranej (rodzicom) gotowych instrukcji, wskazówek postępowania w danej sytuacji. Może przyjmować ono formę wymiany instrumentów (sposobów) postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych.

Wsparcie emocjonalne polega na „przekazywaniu w toku interakcji emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę oraz pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej. Umożliwia ono osobie wspieranej uwolnienie się od własnych napięć czy trudnych emocji. Celem wsparcia emocjonalnego jest poprawienie samopoczucia, wzrost poczucia wartości, samooceny oraz wzbudzenie (w przypadku rodziców) poczucia nadziei na pokonanie przez dziecko trudności, wyrównanie dysharmonii, zmniejszenie trudności, osiągnięcie efektów pod wpływem podjętych działań naprawczych i systematycznej pracy. Jest to istotny etap w przeżywaniu trudności, który pozwala na przygotowanie się do podjęcia działań i otwarcia na dalszą pomoc.

28 Por. J. Pommersbach, *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny" 1988, T. 31, nr 2, s. 503–525; K. Kmiecik-Baran, *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne,* „Przegląd Psychologiczny" 1995, T. 38, nr 1/2, s. 201–214; H. Sęk, *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego,* [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia,* red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 13–31; H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne…*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Wsparcie wartościujące to przekazywanie w toku interakcji komunikatów typu: Jesteś dla mnie kimś znaczącym, bez Twojej pomocy nie udałoby nam się tego osiągnąć. Źródłem wsparcia jest najbliższe otoczenie dziecka/rodziców oraz osoby profesjonalnie do tego przygotowane.

Władysław Puślecki[29] wyodrębnia następujące sposoby wspierania rozwoju dziecka w zorganizowanym procesie edukacyjnym:

- **wspieranie laudacyjno-motywacyjne** (łac. *laudo* = chwalić) – jest najprostszym i najskuteczniejszym podmiotowym mechanizmem wspierania rozwoju. Wiąże się z potrzebą uznania osiągnięć dziecka ze strony nauczyciela. Dziecko z kolei doświadcza potrzeby spełnienia, kiedy jego działania są akceptowane i pozytywnie oceniane. To z kolei motywuje je do dalszych działań. Warunkiem jest jednak podmiotowe podejście nauczyciela do dziecka;
- **wspieranie sterujące** – kierowniczą rolę pełni tu nauczyciel udzielający pomocy oficjalnie i w majestacie prawa. Obejmuje wszelkie formy doraźnej bądź systematycznej pomocy dziecku mającemu określone problemy rozwojowe. Udzielana pomoc zawiera rygory bezwzględnego podporządkowania się. Decyzję o pomaganiu podejmuje nauczyciel według własnego uznania. Wspieranie przyjmuje postać imperatywu: kierowanie – egzekwowanie – ochranianie. Ten sposób wspierania jest niezwykle przydatny. Musi on jednak przebiegać w facylitatorskim (tzn. wspierającym) klimacie i przy pełnym poszanowaniu osobowości edukowanego;
- **wspieranie semisterujące** (fr. *semi-* w złożeniach = pół-) – stanowi istotne poszerzenie wspierania laudacyjno-motywacyjnego o elementy pracy konwencjonalnej udzielanej dziecku z inicjatywy nauczyciela i egzekwowanej przez niego w obligatoryjnym trybie. Pomoc ta musi być udzielana w klimacie pełnego poszanowania godności osobistej dziecka;
- **wspieranie sterująco-oferujące** – przekracza sztywne i absolutystyczne granice racjonalności adaptacyjnej i emancypacyjnej. Dopuszcza w praktyce pedagogicznej koegzystencję obu rodzajów wspierania rozwoju dziecka. Jest ono zgodne z przekonaniem, iż

29 W. Puślecki, *U podstaw facylitalogii edukacyjnej,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* red. W. Puślecki, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 20.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rozwój wychowanka jest efektem zarówno wychowania dyrektywnego, jak i niedyrektywnego;

– **wspieranie oferujące** – wiąże się z orientacją humanistyczną. W. Puślecki odwołuje się do słów Roberta Kwaśnicy, który pisze: „Istota oferowania polega na komunikowaniu osobie doświadczającej pomocy swojego punktu widzenia. Pomoc tego rodzaju można sprowadzać do mnożenia alternatywy, wymiany punktów widzenia, zaświadczania o istnieniu innych możliwości, czy wreszcie można ją traktować jako swoistą postać dialogu, w którym pomagającemu idzie o wypowiedzenie swojego zdania po to, aby mogło ono być odczytane jako oferta jednego z możliwych sposobów rozwiązania sytuacji w jakiej znajduje się osoba doświadczająca pomocy”[30].

Dorota Klus-Stańska[31] dokonała swoistego podziału podejść do wsparcia pedagogicznego. Każde odwołuje się do odmiennych definicji rozwoju dziecka i każde opiera się na innych źródłach teoretycznych. W jakimś stopniu można uznać, że te zaproponowane sposoby podejść do wsparcia pedagogicznego korelują z niektórymi zaproponowanymi przez W. Puśleckiego strategiami tegoż wsparcia. Jej propozycja wsparcia zawiera się w podejściach:

– funkcjonalistyczno-behawiorystycznym, gdzie wspierać to znaczy kierować. Podejście to odwołuje się do teorii warunkowania instrumentalnego wprowadzonego przez B.F. Skinnera. Dziecko wspierane jest systemem pozytywnych wzmocnień, których efektem ma być osiągnięcie założonego celu. Można w nim odnaleźć odniesienie do zaproponowanego przez W. Puśleckiego wsparcia laudacyjno-motywacyjnego, w którym uznanie dla dziecka oraz pozytywne ocenianie jego osiągnięć można traktować jako tożsame z pozytywnym wzmocnieniem;
– humanistyczno-adaptacyjnym, w którym wspieranie rozumiane jest jako uczenie bycia sobą. Odwołuje się do naturalizmu J.J. Rous-

30 R. Kwaśnica, *Wprowadzenie do myślenia o wspomaganiu nauczycieli w rozwoju*, Wrocławska Oficyna Nauczycielska Wojewódzkiego Ośrodka Metodycznego, Wrocław 1994, s. 13.

31 D. Klus-Stańska, *Konteksty teoretyczne nadawania znaczeń przez dzieci. Wokół pytań o rozumienie pedagogicznego wsparcia,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci*..., s. 40–44.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

seau[32] i psychologii humanistycznej. Rolą dorosłego jest wspieranie dziecka w „byciu sobą". Również W. Puślecki odwołuje się do orientacji humanistycznej, przypisując jej wsparcie oferujące. Traktuje je jako formę dialogu, równości, swobodnego dochodzenia do rozwiązań, z naturalną akceptacją popełnianych błędów. Uogólniając, można uznać, że wspiera dziecko w jego indywidualizmie;

- konstruktywistyczno-rozwojowym, gdzie wspierać to znaczy organizować. Opierając się na psychologii poznawczej J. Piageta, odsuwa dorosłego w cień, pozwalając dziecku samodzielnie dochodzić do rozwiązań. Rola dorosłego ogranicza się jedynie do organizacji materialnego środowiska uczącego. Dziecko w toku własnych działań dochodzi do rozwiązania postawionego problemu. W podejściu tym można się doszukać strategii sterująco-oferującej, w której rolą osoby wspierającej jest nie tylko kierowanie i organizowanie środowiska, w którym to wsparcie się odbywa, ale również towarzyszenie dziecku w pokonywaniu trudności. Towarzyszenie to pozbawione jest cech wyręczania;
- konstruktywistyczno-społecznym, gdzie wspierać oznacza pomagać. Odwołuje się do teorii Lwa Wygotskiego i zaproponowanej przez niego koncepcji sfery aktualnego oraz najbliższego rozwoju. Wsparcie skupia się na pomocowej roli dorosłego (jako eksperta);
- krytyczno-emancypacyjnym, gdzie wspierać to emancypować. Wsparcie w tym podejściu zmierza do wyzwolenia z ograniczeń i nabiera symetryczności, tzn. zarówno dorosły może być wsparciem dla dziecka, jak i dziecko może być wsparciem dla dorosłego.

Celem tak holistycznie ujętego wsparcia, poza celem wspomnianym na początku, będzie redukowanie, czyli zmniejszanie zdiagnozowanych zaburzeń, wyrównywanie dysharmonii i opóźnień rozwojowych, pokonywanie trudności i wspomaganie rozwoju dziecka. W odniesieniu do rodziców będzie to przekazywanie informacji, wskazówek dotyczących umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami, z poczuciem bezradności i osamotnienia w obliczu zdiagnozowanego problemu.

Pracując z dzieckiem z trudnościami, mówimy o **wspomaganiu** jego rozwoju. Można uznać, że wspomagać to:

32 Twórca koncepcji tzw. negatywnego wychowania.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- postrzegać dziecko całościowo, respektować jego emocje, przeżycia oraz doświadczenia,
- być obok dziecka, proponować mu różne formy aktywności i rejestrować płynące od niego sygnały,
- budować i tworzyć otoczenie dziecka, w którym będzie mogło zdobywać różnorodne doświadczenia, rozwijać swoją autonomię, ze szczególnym uwzględnieniem samodzielności oraz odporności emocjonalnej[33].

Maria Kielar-Turska[34] podkreśla, że proces wspomagania jest wspomaganiem rozwoju, jeżeli uwzględnia istotne cechy zmian rozwojowych: ich względną trwałość i miejsce w sekwencji procesów rozwojowych w poszczególnych sferach. Z kolei I. Obuchowska[35] uważa, że wspomaganie jest wzmocnieniem tego, co jest i co uważamy za korzystne oraz stanowi poszukiwanie nowych możliwości i włączanie ich w już istniejące. Marta Wiśniewska[36] za fundament procesu wspomagania uważa poznanie i wykorzystanie mocnych stron dziecka, dlatego wspomaganie powinno uwzględniać jego wiek, symptomy zaburzeń, codzienne życie rodziny, obejmować sferę somatyczną, intelektualną, motoryczną, społeczną i emocjonalną, a także uwzględniać indywidualne potrzeby i możliwości dziecka. Podsumowując, wspomaganie rozwoju dziecka to wielospecjalistyczne, kompleksowe i intensywne działania, mające na celu stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny i komunikację dziecka, od chwili wykrycia niepełnosprawności do czasu podjęcia przez dziecko nauki w szkole, a także pomoc i wsparcie udzielane rodzicom i rodzinie w nabywaniu przez nich umiejętności postępowania z dzieckiem.

33 J. Skibska, *Wspomaganie rozwoju małego dziecka szansą na dobry start – konteksty wyzwań – komunikat z badań,* 2014, https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/6747/26_Wspomaganie_rozwoju.pdf;jsessionid=F46D4F82E8B97021A61A219538E951DC?sequence=,1 (dostęp 23.05.2018).

34 M. Kielar-Turska, *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganiem rozwoju,* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja,* red. B. Kaja, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 2003.

35 I. Obuchowska, *Wspomaganie rozwoju emocjonalnego: refleksje i propozycje,* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja…*

36 M. Wiśniewska, *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

2. Prawidłowości rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym

Przebieg rozwoju dziecka zależny jest od wielu czynników. Wśród nich wyróżniamy czynniki endogenne, czynniki egzogenne, przebieg rozwoju prenatalnego, choroby przebyte w czasie ciąży przez matkę, używki przez nią przyjmowane w tym okresie, ewentualne urazy czy uszkodzenia okołoporodowe. Czynniki te decydują również o podatności dziecka na późniejsze zaburzenia, która może ujawniać się już w momencie urodzenia. J. Kruk-Lasocka, J. Krajewski i B. Bartosik[37] przyczyn powstawania zaburzeń dopatrują się również w uwarunkowaniach cywilizacyjnych oraz w coraz częstszej nieobecności rodziców w procesie wychowania dzieci, spowodowanej długimi godzinami pracy lub zarobkowymi wyjazdami zagranicznymi.

Maria Szecówka-Nowak[38] potwierdza, że prawidłowy rozwój dziecka, podobnie jak i rozwój zaburzony, jest wypadkową działania wielu czynników. Do najważniejszych zalicza czynniki: biologiczne, środowiskowe, aktywności lub działalności własnej oraz proces edukacji. Autorka uzasadnia swoje stanowisko tym, że rozwój dziecka, uwarunkowany zadatkami wrodzonymi i własną aktywnością, zależy od dojrzewania zdeterminowanego genetycznie i od czynników społecznych. Środowisko, w którym dziecko żyje i rozwija się, a więc rodzina, instytucje wychowawcze, środowisko lokalne, mass media, ma wpływ na kształtowanie się i rozwój dziecka. „Obserwacja środowiska społecznego może pozwolić określić przyczyny zachowań dziecka lub warunki społeczne, w których czuje się ono komfortowo i swobodnie, dzięki czemu z powodzeniem realizuje zadania rozwojowe bądź przeciwnie, przyczyny i warunki, które powodują jego złe samopoczucie i spadek aktywności”[39].

37 J. Kruk-Lasocka, J. Krajewski, B. Bartosik, *Wspieranie rozwoju dziecka przedszkolnego w świetle koncepcji psychomotoryki,* [w:] *Edukacja (dla) dziecka – od trzylatka do sześciolatka,* red. J. Bałachowicz, Z. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 169–170.

38 M. Szecówka-Nowak, *Wybrane aspekty diagnozy psychologicznej dziecka z zaburzeniami rozwojowymi,* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2016, s. 53.

39 A. Ratajczyk, M. Mielcarek, *Rozpoznanie zasobów dziecka i środowiska rozwoju. Wiek przedszkolny,* [w:] *Niezbędnik dobrego nauczyciela,* Seria IV, *Monitorowanie*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Należy zaznaczyć, że pod wpływem oddziaływania wspomnianych czynników rozwój dziecka może przebiegać w różnym tempie i różnym rytmie. Na ten fakt zwracają uwagę S. Włoch i A. Włoch[40]. Autorki podkreślają, że tempo i rytm rozwoju dziecka mogą być przez te czynniki wzmacniane, ale i opóźniane, czynniki te mogą też wywoływać niepożądane skutki – deficyty, zaburzenia, zaniedbania w rozwoju. Wspomniane autorki zaznaczają również, że dziecko może osiągnąć dojrzałość w różnym wieku dla różnych sfer. Dlatego u niektórych dzieci widać wyraźnie lekkie wahania rozwoju, podczas gdy u innych – duże dysharmonie. Nie każde dziecko osiąga ten sam poziom rozwoju w tym samym wieku. „Rozwój jest szczególnym rodzajem zmian, adaptacją do zmieniających się warunków działania. Zmiany rozwojowe nie są ograniczone wiekiem, często nie przypadają na jedne i te same lata życia, gdyż zachodzą w różnym indywidualnym tempie, a efekty zależą od różnorodnych uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych. Każde dziecko ma swoją indywidualną drogę rozwoju”[41]. Kierowanie rozwojem przypisuje się „złożonemu mechanizmowi biologicznemu, jakim jest dojrzewanie, dojrzałość zaś traktuje się jako moment charakteryzujący się wrażliwością na oddziaływania zewnętrzne, które mogą modyfikować i kierunek, i dynamikę zmian, które zachodzą w rozwoju”[42]. Coraz częściej potwierdzenie znajduje teza, że „wpływy biologiczne nie działają niezależnie, lecz w wytworzeniu ostatecznego rezultatu rozwojowego splatają się z czynnikami środowiskowymi i uczeniem się”[43].

Aleksandra Ratajczyk i Monika Mielcarek[44] wskazują, że zasadne jest monitorowanie rozwoju dziecka, czyli zwrócenie uwagi na tempo (jak szybko zachodzą zmiany w jego funkcjonowaniu; kiedy dziecko zaczyna robić coś nowego; czy dzieje się to wcześniej, w podobnym

rozwoju w okresie dzieciństwa i dorastania, T. 2, red. A.I. Brzezińska, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014, s. 3.

40 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009, s. 37–38.

41 Tamże, s. 33–34.

42 J. Krajewski, K. Krajewska, *Gotowość szkolna dzieci kończących edukację przedszkolną*, [w:] *Edukacja (dla) dziecka*…, s. 185.

43 B. Wilgocka-Okoń, *Gotowość szkolna dzieci sześcioletnich*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2011, s. 11.

44 A. Ratajczyk, M. Mielcarek, *Rozpoznanie zasobów dziecka*…, s. 3.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wieku, czy może później niż u jego rówieśników) oraz rytm procesu rozwojowego (czy widać nagłe „skoki" umiejętności dziecka, czy też jest to powolne „rozkręcanie się" w uczeniu się czegoś nowego); chodzi też o przyglądanie się wszystkim aspektom rozwoju: w zakresie umiejętności komunikacyjnych, rozpoznawania i radzenia sobie z emocjami, w zakresie możliwości poznawczych itd. Najprostszym sposobem jest obserwacja dziecka, ale i porównywanie go z nim samym sprzed kilku dni, tygodni czy miesięcy.

Rozwój dziecka jest procesem ciągłym, w którym co pewien czas następują tzw. skoki rozwojowe[45]. Niezwykle ważny skok przypada na przełom 5.–6. r.ż. Należy jednak pamiętać, że każde dziecko rozwija się inaczej, w innym tempie, w odmiennych warunkach środowiskowych i każde z nich jest indywidualnością, którą należy dokładnie poznać. Nie ma dwóch takich samych osób, a każde dziecko różni się od swoich rówieśników wyglądem zewnętrznym, budową ciała, poziomem rozwoju emocjonalno-społecznego i intelektualnego. Na rozwój dziecka wpływają również czynniki, które nie są dla niego korzystne. Mogą one wynikać z zaniedbania, krzywdzenia[46] czy z niewiedzy rodziców/opiekunów. Dzieci, które pragniemy zaobserwować, poznać i wytyczyć dla nich kierunki wspomagania w celu zmniejszenia zaburzeń i dysharmonii rozwojowych, powinniśmy zatem poznać z wielu stron.

Na zmiany w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka mają wpływ: płeć, warunki środowiskowe, przebyte choroby lub skłonność do częstego chorowania. Wśród szerokiej populacji dzieci przedszkolnych spotykamy dosyć często takie, u których wyniki diagnoz wskazują na istnienie zaburzeń, dysharmonii lub trudności rozwojowych. Problemy mogą dotyczyć mowy, rozwoju ruchowego, emocjonalnego, społecznego oraz funkcji poznawczych. Są to dzieci, które zostają otoczone przez nauczyciela szczególną troską i opieką. Psychologia rozwojowa określa, w jaki sposób powinien przebiegać prawidłowy rozwój dziecka w zakresie poszczególnych sfer, i przedstawia wytyczne, które powinny być brane pod uwagę w ocenie diagnostycznej dziecka w wieku przedszkolnym od 3 do 6 lat.

W tabelach 2–9 opisano prawidłowy rozwój motoryczny, społeczny i poznawczy dziecka w wieku 3–6 lat.

45 J. Piaget, *Studia z psychologii dziecka*, PWN, Warszawa 1966.

46 D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju…*, s. 202–203.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Tabela 2. Rozwój motoryczny dziecka w wieku 3 i 4 lat

Dziecko	
3-letnie	4-letnie
• Biega, bez pomocy wspina się na niskie przyrządy, skacze do przodu, chodzi na palcach • Przeciąga i przepycha duże zabawki przez przeszkody • Umie pozbierać drobne przedmioty • Kopie, rzuca i próbuje łapać piłkę • Wchodzi na schody, stawiając jedną stopę na stopniu • Potrafi ustać kilka sekund na jednej nodze (2–3 sek.) • Pewnie trzyma przedmioty w czasie chodzenia • Ma opanowane podstawowe czynności samoobsługowe	• Pedałuje i kieruje rowerkiem trójkołowym • Potrafi kopać, rzucać piłkę i łapać piłkę • Przeskakuje z rozbiegu przez niską przeszkodę • Stoi na jednej nodze z otwartymi oczami ok. 15 sek. • Przeskakuje z nogi na nogę • Wchodzi i schodzi po schodach krokiem naprzemiennym • Swobodnie staje, chodzi i biega na palcach • Tnie papier nożyczkami • Trzyma ołówek chwytem cylindrycznym • Rozpina guziki • Samodzielnie ubiera się i rozbiera

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju…*, s. 196; J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2013, s. 78–83; K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju psychoruchowego dziecka w wieku przedszkolnym. Wskazówki dla nauczycieli dotyczące organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, CEBP, Kraków 2014, s. 39

U dzieci we wczesnym wieku przedszkolnym obserwujemy wzrost sprawności ruchowej oraz zdolności nabywania nowych umiejętności. Dzięki nim dziecko staje się coraz bardziej samodzielne i łatwiej zapoznaje się ze środowiskiem, w którym żyje i które je otacza.

W wieku 5–6 lat zmiany w rozwoju motorycznym dziecka dokonują się w sposób powolny, ale stały. Dziecko uzyskuje kontrolę nad własnym ciałem, wzmacnia się koordynacja ruchowa i poczucie równowagi, choć nadal utrzymuje się niezręczność ruchowa, męczliwość i niezdolność do siedzenia w jednej i tej samej pozycji. Wzrasta potrzeba aktywności fizycznej. Szczególnie pożądane są takie formy aktywności, jak: skakanie na skakance, rzucanie i łapanie piłki, rzucanie do celu, pokonywanie przeszkód na urządzeniach na placach zabaw, korzystanie ze zjeżdżalni i huśtawek, jazda na rowerze. Ogromne znaczenie ma koordynacja pracy ruchów rąk. Jej rozwojowi sprzyja rysowanie, malowanie, wycinanie nożyczkami, gra na instrumentach,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Tabela 3. Rozwój motoryczny dziecka w wieku 5 i 6 lat

Dziecko	
5-letnie	6-letnie
• Kombinacje ruchowe • Swobodnie chodzi i biega (tzw. złoty wiek motoryki) • Uczy się jeździć na rolkach, rowerze, tańczyć, pływać, wspinać na drzewa • Może chodzić w określonym tempie, tańczyć, utrzymywać równowagę, stojąc na jednej nodze, rzucać do kosza i przeskakiwać proste przeszkody • Duża potrzeba ruchu, zwana „głodem ruchu", powoduje, że dziecko jest bardzo ruchliwe • Jest coraz bardziej samodzielne w ubieraniu i rozbieraniu się, załatwianiu potrzeb fizjologicznych oraz jedzeniu • Rysuje rozpoznawalne kształty • Prawidłowo trzyma ołówek • Koloruje obrazki, wypełnia kolorem kontury • Wykonuje rysunek zgodny z podanym tematem, maluje farbami, używa pędzla i innych przyborów	• Powoli kształtuje się większa odporność na zmęczenie związane z dłuższym przebywaniem w jednej pozycji • Poprawia się płynność i szybkość ruchów rąk – dziecko łatwiej uczy się pisania w linijkach i łączenia liter, zaczyna także ładniej rysować, lepiej wycinać, może nauczyć się wiązania kokardki • Pojawia się głód ruchu, ogromna potrzeba biegania, skakania, siłowania • Dziewczynki preferują aktywność ruchową wymagającą większej precyzji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Psychologia rozwoju człowieka,* T. 2, *Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, PWN, Warszawa 2003, s. 121–122; *Wielki podręcznik dla nauczycieli żłobków i przedszkoli*, red. M. Aquilar, Jedność, Kielce 2011, s. 584; *Diagnoza przedszkolna*, Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2011, s. 13–16

sznurowanie butów, zapinanie guzików, samodzielne ubieranie. Rozwijające się mięśnie są podatne na uszkodzenia, dlatego trzeba bardzo ostrożnie dozować wysiłek fizyczny[47].

Dla dzieci 3-letnich kontakty społeczne mają szczególne znaczenie, bowiem otoczenie wywiera ogromny wpływ na ich zachowanie. Może on być zarówno pozytywny, jak i negatywny. Stąd ważna jest rola dorosłych w roztaczaniu opieki nad dziećmi oraz kontrolowanie ich podczas zabaw oraz kontaktów z rówieśnikami dorosłymi. Dzieci w 3. r.ż. żywo interesują się pracą dorosłych. Chcą robić to samo, co robi mama, tata,

47 M. Kwaśniewska, W. Żaba-Żabińska, *Nasze przedszkole. Program edukacji przedszkolnej,* MAC, Kielce 2009, załącznik nr 7, s. 6.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Tabela 4. Rozwój społeczny dziecka w wieku 3 i 4 lat

Dziecko	
3-letnie	4-letnie
• Naśladuje indywidualne zachowania osób dorosłych • Pojawia się zainteresowanie innymi dziećmi • Unika drobnych niebezpieczeństw • Zaczyna rozumieć zasady społeczne oraz przyswajać słownictwo nazywające emocje • Potrafi wykonać pojedyncze polecenia • Stopniowo przyswaja reguły pozwalające funkcjonować w grupie • Przez krótki czas potrafi bawić się samo	• Wzrasta zdolność do samokontroli • Zaczyna pojawiać się zdolność do reakcji odroczonych i umiejętność kontrolowania swoich emocji • Pojawia się zdolność rozumienia i respektowania zasad społecznych obowiązujących w grupie • Kształtuje się umiejętność współdziałania w grupie • Zaczyna uczestniczyć w zabawach tematycznych i grach z regułami • Głębiej przeżywa takie emocje, jak: wstyd, zakłopotanie, duma, zazdrość

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka,* T. 2..., s. 115; K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju*..., s. 139

babcia. Należy w miarę możliwości zaspokajać pragnienia dzieci, znajdując odpowiednie dla nich zajęcie, gdyż sprzyja to ich rozwojowi.

Dzieci 3-letnie charakteryzują się bardzo silnymi, zróżnicowanymi uczuciami, które są demonstrowane przez nie bardzo wyraźnie. Dzieje się tak, ponieważ dzieci w tym wieku nie potrafią ukryć swojego gniewu czy radości. Przy wyrażaniu uczuć krzyczą, gestykulują i dużo mówią. Bardzo łatwo przechodzą od jednego nastroju do drugiego. Emocje uzewnętrznione przez nie trwają bardzo krótko – dzieci w jednej chwili płaczą, by za moment już się śmiać. Pod koniec 3. r.ż. dzieci dość sprawnie operują już mową, co poprawia komunikację między rówieśnikami oraz między dzieckiem a rodziną. W tym wieku dzieci nie wiedzą jeszcze, co to są wartości, dlaczego muszą robić tak, a nie inaczej. Podporządkowują się woli i oczekiwaniom dorosłych. W tym okresie dorośli są dla nich największym autorytetem i wzorem do naśladowania[48].

Pójście do przedszkola przynosi duże zmiany w rozwoju społecznym trzylatka. Jak zaznaczają Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo,

48 http://odkrywcy-wiedzy.pl/charakterystyka-rozwoju-spolecznego-dziecka-w-wieku-od-2-5-do-6-lat (dostęp 16.12.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

postępuje wówczas rozwój tożsamości i uświadamianie sobie własnej odrębności, wykształca się zdolność do samokontroli, a także pojawia się zdolność do psychicznego i fizycznego rozdzielenia się z matką lub inną bliską osobą. Zaczynają się rozwijać relacje rówieśnicze, a grupa zaczyna mieć coraz większe znaczenie[49].

Czterolatek coraz lepiej radzi sobie z nazywaniem własnych potrzeb i prezentowaniem podjętych decyzji. Z reguły odnosi się do tego, co dzieje się „tu i teraz", jednak coraz częściej określa to, co chciałoby uzyskać później, w przyszłości. Rozwijanie potrzeby mówienia o tym, o czym marzy, jest fundamentem budowania zaufania i wiary w pełną akceptację ze strony najbliższych. „Czterolatki są też bardziej świadome swoich uczuć i starają się nad nimi panować. Zaczynają kontrolować wybuchy złości i żalu. Zaczynają rozumieć i respektować zasady właściwego zachowania w różnych sytuacjach społecznych, wzrasta ich zdolność do samokontroli"[50]. Ważną rolę odgrywają w tym procesie zabawy tematyczne (w role). Pozwalają one dziecku na lepsze poznanie świata dorosłych i uczą współdziałania w grupie, bowiem dziecko powiela i utrwala w nich obserwowane role społeczne. W tym wieku zaczynają się już tworzyć „przyjaźnie" w grupie przedszkolnej. „Przyjaciele często się ze sobą bawią, rozmawiają, dzielą zabawkami. Przyjaźnie te jednak nie trwają długo"[51]. Między 3. a 4. r.ż. widoczna jest skłonność do prospołecznych reakcji na zmartwienia dzieci, tzn. pojawia się chęć niesienia pomocy drugiemu dziecku i otoczenia go opieką, gdy pojawia się problem[52].

Postęp w rozwoju społecznym związany jest z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej. Dziecko, podejmując pracę w zespole, pragnąc cieszyć się sympatią kolegów, musi nauczyć się panować nad emocjami, chociaż silne bodźce wywołują u niego jeszcze gwałtowne reakcje, np. wybuch złości czy płacz. Dziecko chętnie podejmuje się odpowiedzialnych zadań, m.in. pełnienia dyżurów w przedszkolu, gdyż sprzyja to poczuciu niezależności i własnej wartości[53].

49 J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia,* Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2008, s. 250.

50 Tamże.

51 http://www.akademiaprzedszkolaka.sobotka.pl (dostęp 16.12.2017).

52 M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny…,* s. 116.

53 Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Tabela 5. Rozwój społeczny dziecka w wieku 5 i 6 lat

Dziecko	
5-letnie	6-letnie
• Kończy się etap zbuntowania i utwierdzania się we własnych przekonaniach • Staje się większym konformistą • Bawi się w grupie • Pociesza, pomaga, okazuje współczucie innym dzieciom • Zaczyna zabawę autentycznie kooperatywną, chociaż przewagę mają cele indywidualne nad wspólnymi • Pokazuje swoje preferencje poprzez dobór kolegów do zabawy tej samej płci, choć relacje nadal są bardzo kruche i związane jedynie z ćwiczeniem • Uczy się, praktykuje i stosuje zasady współżycia • Ma skłonność do chronienia mniejszych, stara się narzucić im reguły dorosłych • Oczekuje aprobaty osoby dorosłej, lubi jej słuchać • Przy stole zachowuje się już jak dorosły, umie posługiwać się narzędziami, pokazuje znaczący stopień usamodzielnienia • Począwszy od 5. r.ż. może zacząć kłamać, pojawiają się fantazje, nie wierzy w to, co mówimy, ale wykonuje polecenia, by uniknąć kary lub zadowolić dorosłego **Emocje** • Silne, gwałtowne, trudne do opanowania przez dziecko, zwykle krótkotrwałe; gdy zostawia się dziecko w spokoju, to zazwyczaj mijają szybko • Zmienne – stosunkowo łatwo płacz przechodzi w śmiech i odwrotnie • Spontaniczne, wyraziste, nie panuje nad ekspresją • Zaczyna rozumieć, że rodzice przyjdą po nie do przedszkola. • Zaczyna przewidywać reakcje dorosłych	• Powoli wzrasta antagonizm pomiędzy chłopcami a dziewczynkami • Chłopcom mniej sprawnym dokucza się • Ma mniej dojrzały układ nerwowy niż siedmiolatek i z tego powodu silniej reaguje emocjonalnie • Wszystkie emocje oraz duża liczba różnorodnych bodźców stanowią dla organizmu ogromny wydatek energetyczny • Staje się drażliwe, płaczliwe, nieznośne, agresywne • Poprawia się wzrokowe i słuchowe spostrzeganie analityczno-syntetyczne • Obserwuje się początki myślenia konkretno-wyobrażeniowego • Poprawia się zdolność do skupienia uwagi i zapamiętywania **Emocje** • Jest coraz bardziej świadome zmian, jakie zachodzą w jego nastroju • Coraz lepiej rozpoznaje i nazywa emocje swoje i obserwowane u innych osób, ale zaczyna rozumieć, jaka jest ich przyczyna, skąd się wzięły • Uczy się przewidywania swoich stanów emocjonalnych i nastrojów innych osób w różnych sytuacjach • Zauważa, że ujawniane przez niego emocje mają różne skutki i że wpływają w znaczący sposób na zachowanie innych osób

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Psychologia rozwoju człowieka,* T. 2..., s. 121–122; *Wielki podręcznik dla nauczycieli żłobków*..., s. 584; *Diagnoza przedszkolna*..., s. 13–16; A.I. Brzezińska, J. Urbańska, *Emocje sześciolatka,* [w:] A.I. Brzezińska i Zespół, *Rozwój i wychowanie dziecka: rodzina, przedszkole, szkoła, zabawa, nauka,* Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Psychologii, Poznań 2013, s. 46.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Rozwój poznawczy dziecka w wieku przedszkolnym przebiega intensywnie. Prawidłowy rozwój percepcji wzrokowej uzależniony jest w dużej mierze od samodzielnej aktywności dziecka, która pojawia się początkowo głównie w formie zabawy. Najistotniejszy rozwój spostrzegania wzrokowego, w zakresie potrzebnym do nauki szkolnej, przypada właśnie na okres od 3. r.ż. „Rozwój procesu spostrzegania przebiega od globalnego i polisensorycznego do postrzegania analitycznego. Tak więc na początku dziecko poznaje otaczający je świat w sposób wielozmysłowy, przypadkowy i całościowy"[54].

W zakresie percepcji słuchowej u dziecka w wieku przedszkolnym rozwija się przede wszystkim słuch muzyczny. „Trzylatki i czterolatki próbują odtwarzać zasłyszane piosenki, ale dopiero dzieci pięcioletnie są zdolne do utrzymania tonacji i rytmu melodii"[55]. Obok umiejętności różnicowania dźwięków w okresie przedszkolnym rozwija się również pamięć słuchowa, czyli umiejętność powtarzania różnych dźwięków i układów rytmicznych, zatrzymywania w pamięci zdań i poleceń. „Prawidłowy rozwój pamięci i uwagi słuchowej umożliwia utrzymywanie w pamięci krótkotrwałej złożonych bodźców słuchowych na taki czas, który umożliwia ich analizę i zrozumienie. Stanowi zatem ważną podwalinę do rozwoju myślenia"[56].

Myślenie dziecka w wieku przedszkolnym to przede wszystkim myślenie konkretno-wyobrażeniowe (przedoperacyjne). Podporządkowane jest ono „zadaniom praktycznym i przejawia się w rozwiązywaniu problemów podczas zabaw, codziennych zajęć i ćwiczeń. Związane jest z konkretnym celem i działaniem"[57]. Dzieci 3- i 4-letnie, charakteryzujące się myśleniem sensoryczno-motorycznym, działają na płaszczyźnie manipulacyjnej i ruchowo-spostrzeżeniowej.

Dzieci 3-letnie nabywają w przedszkolu umiejętność posługiwania się określeniami położenia przedmiotów w przestrzeni, kierunku (w przód, w tył, do góry, w dół), przyswajają określenia czasu (długo,

54 A. Franczyk, K. Krajewska, *Zabawy i ćwiczenia na cały rok. Propozycje do pracy z dziećmi młodszymi o specjalnych potrzebach edukacyjnych,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005, s. 11.

55 M. Przetacznik-Gierowska, G. Makiełło-Jarża, *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego,* Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992, s. 86.

56 K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju…,* s. 84–85.

57 M. Przetacznikowa, *Wiek przedszkolny…*, s. 467–468.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Tabela 6. Rozwój poznawczy dziecka w wieku 3 i 4 lat

Dziecko	
3-letnie	4-letnie
Spostrzeżenia wzrokowe • Potrafi wskazać element na ilustracji po obejrzeniu oddzielnego obrazka z tym elementem • Składa obrazki z 2–3 elementów • Dopasowuje przedmiot do jego cienia lub konturu • Klasyfikuje według jednej cechy, np. koloru • Rysuje koło, krzyż według wzoru • Zapamiętuje przedmiot na obrazku i potrafi po chwili go wskazać wśród innych **Spostrzeżenia słuchowe** • Rozpoznaje odgłosy wydawane przez zwierzęta i pojazdy • Rozpoznaje natężenie dźwięku **Myślenie matematyczne** • Łączy po dwa obiekty tego samego rodzaju na zasadzie podobieństwa • Zwykle wypowiada poprawnie 2–3 liczebniki, a potem wylicza je w sposób przypadkowy • Ma trudności w koordynowaniu gestu wskazywania z wypowiedzianym liczebnikiem • Orientuje się, że po zabraniu jest *mało*, a po dodaniu jest *dużo*. Ocenia liczebność „na oko”	**Spostrzeżenia wzrokowe** • Składa 4–5-elementowe obrazki • Odnajduje ukryty obrazek wśród wielu szczegółów • Nazywa podstawowe kolory • Odgaduje, który przedmiot został zakryty w szeregu lub zmieniono jego kolejność (przy 3 elementach) • Różnicuje figury geometryczne • Rysuje kwadrat i krzyż z dwóch skośnych linii wg wzoru **Spostrzeżenia słuchowe** • Rozpoznaje odgłosy dochodzące z otoczenia • Wskazuje źródło dźwięku • Powtarza ze słuchu krótkie zdanie • Różnicuje nazwy z głoskami opozycyjnymi **Myślenie matematyczne** • Łączy po dwa obiekty ze względu na ich jednoczesne występowanie w życiu codziennym (*łyżka/talerz, czapka/szalik)* • Łączy ze sobą w pary takie same przedmioty • Z pomocą nauczyciela klasyfikuje według danego kryterium, np. *co jest w kuchni, co w łazience?* • Stara się wymieniać liczebniki po kolei • Nie rozumie jeszcze istoty liczenia, koncentruje się na samej czynności liczenia • Nie rozumie zazwyczaj podwójnej roli ostatniego wypowiadanego liczebnika. Zapytane, ile jest, liczy od nowa • Porównuje liczebność*: mniej, więcej, tyle samo*

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju…*, s. 62, 86, 118

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

krótko), podejmują próby klasyfikowania przedmiotów oraz gromadzą przedmioty mające wybraną wspólną cechę (wielkość, kształt, kolor, przeznaczenie), porównują liczebność zbiorów (dużo, mało, tyle samo) oraz posługują się liczebnikami: jeden i dwa.

Dzieci 4-letnie „rozróżniają, porównują i nazywają położenie przedmiotów w przestrzeni, kierunek i długość, przyswajają określenia czasu, klasyfikują przedmioty, porównują liczebność (równo, mniej, więcej), posługują się liczebnikami głównymi (jeden, dwa, trzy, cztery)”[58].

Tabela 7. Rozwój poznawczy dziecka w wieku 5 i 6 lat

Dziecko	
5-letnie	6-letnie
Uwaga • Mimowolna, krótkotrwała, niepodzielna • Koncentracja uwagi jest tak silna na ważnym dla dziecka zadaniu, że nie odbiera wówczas innych bodźców **Pamięć** • Mimowolna, mechaniczna, krótkotrwała **Spostrzeżenia wzrokowe** • Na obrazkach spostrzega do kilkunastu elementów • Potrafi różnicować kształty liter drukowanych, cyfr i podstawowych figur geometrycznych • Potrafi konstruować proste budowle według załączonego wzoru • Dostrzega 5–8 różnic między podobnymi obrazkami • Nazywa podstawowe części ciała człowieka **Spostrzeżenia słuchowe** • Rozumie czytany tekst • W wyuczonym wierszu odtwarza rymy • Dzieli wyraz na 2–3 sylaby • Nie wyodrębnia jeszcze głosek w wygłosie • Potrafi tworzyć i odtwarzać proste rytmy	**Uwaga** • Jest jeszcze mimowolna, tzn. bodźce z otoczenia odwracają uwagę od tego, co dzieje się na zajęciach • Nie potrafi skupić się na wykonywaniu kilku czynności jednocześnie • Dość silna koncentracja uwagi szybko wywołuje zmęczenie **Pamięć** • Przeważa pamięć mechaniczna, dlatego nowe treści powinny być często powtarzane i utrwalane z wykorzystaniem wielu zmysłów **Spostrzeżenia wzrokowe** • Potrafi odtworzyć wzór w przestrzeni i na płaszczyźnie na podstawie modelu • Potrafi uzupełnić brakujący element w szeregu • Potrafi złożyć prostokąt z 2 trójkątów, mając przed sobą wzór całego prostokąta • Zapamiętuje wzrokowo układ 4–5 elementów i potrafi określić, którego elementu brakuje po jego usunięciu

58 B. Lech, *Edukacja matematyczna w przedszkolu*, http://pp15.edunet.tarnow.pl/pl/rodzice/publikacje/bacha (dostęp 26.12.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Myślenie matematyczne • Ma trudności z przyswajaniem informacji dotyczących przestrzeni i czasu, ale różnicuje pory roku • Potrafi porównywać przedmioty, kształty ze względu na ich różnice lub podobieństwa • Potrafi klasyfikować, biorąc pod uwagę 2–3 kryteria • Myślenie życzeniowe jest zwykle dla dziecka myśleniem prawdziwym • W myśleniu nie uwzględnia jeszcze przekształceń materiału • Przelicza zbiór składający się z 10 elementów • Ostatni liczebnik odnosi do wielkości zbioru • Rozumie pojęcia: *więcej, mniej, tyle samo*	**Spostrzeżenia słuchowe** • Porównuje dźwięki między sobą, określa ich cechy jakościowe • Odtwarza proste, kilkuelementowe układy dźwiękowe – wyklaskiwane lub wystukiwane • Dokonuje analizy i syntezy głoskowej, przelicza liczbę głosek w nazwie • Potrafi dokonać analizy zdania: wyodrębnia w zdaniu wyrazy, sylaby, głoski • Powtarza ze słuchu zdanie lub krótką rymowankę **Myślenie matematyczne** • Większość dzieci nie ma jeszcze ukształtowanej odwracalności myślenia, nie potrafi odwrócić procesu przekształceń • Nie ma jeszcze ukształtowanych pojęć czasowych • Dzieci mają jeszcze kłopot z określeniem: *prawo, lewo* • Klasyfikuje przedmioty na poziomie kolekcji • Dzieli przedmioty na obszerne zbiory • Ustala wynik dodawania i odejmowania, licząc na palcach • Stosuje znaki matematyczne +, -, =, <, >

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Psychologia rozwoju człowieka,* T. 2..., s. 121–122; *Wielki podręcznik dla nauczycieli żłobków*..., s. 584 oraz materiałów *Diagnoza przedszkolna*..., s. 13–16; K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju*..., s. 62, 86, 118

U dziecka w wieku 5–6 lat zachodzi wiele zmian rozwojowych zarówno w obszarze rozwoju fizycznego, jak i w sferze rozwoju społeczno-emocjonalnego, poznawczego i komunikacyjnego. Wszystkie te zmiany pomagają dziecku lepiej rozumieć i porządkować świat wokół[59]. Następują też istotne zmiany w układzie nerwowym, które decydują o różnicach między dziećmi starszymi i młodszymi. Dzieci odbie-

59 J. Matejczuk, *Rozwój dziecka. Wiek przedszkolny,* [w:] *Niezbędnik dobrego nauczyciela,* Seria I, *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, T. 2, red. A.I. Brzezińska, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014, s. 9.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rają dokładniejsze informacje z otoczenia, dojrzewają okolice ruchowe kory mózgowej, polepsza się koordynacja i płynność (również ręki). Dojrzewają receptory zmysłów, pojawia się ostrość wzroku, wrażliwość na barwy, polepsza się zdolność odbioru bodźców słuchowych.

U dziecka w wieku 5 lat w znacznym stopniu rozwojowi podlega rozumienie tego, co odbierają jego zmysły. Intensywnie rozwija się percepcja wzrokowa i słuchowa oraz koordynacja wzrokowo-ruchowa, która umożliwia np. łapanie piłki czy rysowanie. „Dziecko znacząco rozwija celowość działania. Jest to widoczne podczas zabaw ruchowych, które są niezbędne do nabycia przez nie umiejętności kontrolowania swojego zachowania, aktywności, uwagi oraz umiejętności w zakresie motoryki małej i dużej, a także mowy”[60].

Sześciolatek na tym etapie osiąga gotowość do nauki szkolnej. Oznacza to umiejętność kontroli poziomu aktywności, odpowiednią koncentrację i czas uwagi, organizację zachowania, myślenie abstrakcyjne i przyczynowo-skutkowe, specjalizację półkul mózgowych, wizualizację oraz poczucie własnej wartości[61].

Dzieci w tym wieku są na etapie myślenia intuicyjnego, to znaczy, że myślenie kształtowane jest przez bezpośrednie spostrzeżenia i doświadczenia. Koncentrują się na najważniejszej cesze obiektu, pomijając inne jego właściwości. Bardzo ważne są zatem wszelkie zabawy, w których wykorzystywane są zmysły: dotyku, słuchu, wzroku, smaku i węchu. Szczególnie ważne są wszystkie działania rozwijające mowę, takie jak: rozmowa, wspólne czytanie, wymyślanie opowiadań, rymowanek itp.[62].

Dzieci 5-letnie działają praktycznie na przedmiotach, ich aktywność intelektualna związana z poznawaniem świata odbywa się w procesie spostrzegania i obserwacji. Sześciolatek charakteryzuje się umiejętnością dłuższego skupienia uwagi, przyswaja wiedzę bez większego wysiłku, uczestnicząc w pogadankach i zajęciach kształcących elementarne pojęcia matematyczne.

Dzieci 5- i 6-letnie coraz dokładniej:

– porównują i nazywają położenie przedmiotów w przestrzeni w odniesieniu do siebie (na prawo, na lewo, naprzeciw),

60 M. Karga, *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju…*, s. 225.

61 Tamże.

62 Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– rozróżniają i nazywają kierunek (w prawo, w lewo), długość mierzoną miarą dowolnie obraną,
– nazywają dni tygodnia oraz pory roku,
– klasyfikują przedmioty,
– porównują dwa zbiory różnych przedmiotów przez łączenie w pary po jednym elemencie z każdego zbioru (zbiory równoliczne i nierównoliczne),
– liczą elementy zbioru do 10 oraz posługują się liczebnikami porządkowymi.
– ostatnim etapem jest praktyczne zaznajomienie z dodawaniem liczb oraz działaniem odwrotnym – odejmowaniem[63].

Zabawy i gry dydaktyczne spełniają ważną rolę w rozwijaniu kompetencji matematycznych dzieci. Kształtują pojęcia matematyczne, pomagają dzieciom w zdobywaniu doświadczeń w zakresie działań matematycznych, ćwiczą technikę rachunkową, umożliwiają zrozumienie trudnych pojęć matematycznych, pozwalają na samodzielne wyciąganie wniosków z przeżywanych sytuacji.

Tabela 8. Umiejętności dziecka w zakresie orientacji w schemacie ciała i kierunkach w przestrzeni w wieku 3 i 4 lat

Dziecko	
3-letnie	4-letnie
• Wskazuje i nazywa poszczególne części ciała • Rozumie wyrażenia*: do góry, na dół* • Różnicuje odległość: *daleko, blisko*	• Rozumie znaczenie przyimków odnoszących się do położenia przedmiotów w przestrzeni, takich jak: *w, do, na, pod* i stosuje je w praktycznym działaniu • Dobrze opanowane ma określenia: *wysoko, daleko, góra, dół* • Rozumie różne odmiany ogólnego określenia *obok* • Jeszcze ma trudności z określeniem związanym z płaszczyzną poziomą *przód, tył* oraz określeniami służącymi oznaczaniu trójwymiarowego charakteru przestrzeni *wewnątrz*

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju…*, s. 74

63 B. Lech, *Edukacja matematyczna…*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

M. Kielar Turska[64] podkreśla, że dobre rozumienie komunikatów dotyczących relacji przestrzennych nie idzie w parze z samodzielnym, sprawnym posługiwaniem się przez dziecko w wieku przedszkolnym określeniami przestrzeni.

Tabela 9. Umiejętności dziecka w zakresie orientacji w schemacie ciała i kierunkach w przestrzeni w wieku 5 i 6 lat

Dziecko	
5-letnie	6-letnie
• Poznaje określenia dotyczące stronności własnego ciała, ale jeszcze często się myli. Z pomocą pokazuje prawą (lewą) rękę, nogę, ucho itp. • Rozumie określenia dotyczące położenia przedmiotów w przestrzeni w odniesieniu do własnej osoby, np. *na prawo, na lewo, naprzeciw, za, pod, obok, pomiędzy* • Zaczyna się orientować w schemacie ciała osoby stojącej naprzeciwko i uczy się wyprowadzać kierunki w odniesieniu do niej w analogiczny sposób, jak robi to wobec siebie	• Prawidłowo wskazuje stronę prawą i lewą własnego ciała • Orientuje się w schemacie ciała osoby stojącej naprzeciwko • Potrafi poruszać się w wyznaczonym kierunku na polecenie słowne (*w przód, w tył, w bok, w prawo, w lewo*) • Potrafi określić wzajemne położenie przedmiotów względem siebie. Posługuje się określeniami dotyczącymi położenia przedmiotów w przestrzeni: *na, pod, nad, między, na prawo, na lewo* • Orientuje się w kierunkach na płaszczyźnie i wyznacza: *górę/dół* kartki, *prawy/lewy* bok kartki, *prawy/lewy, górny/dolny* róg kartki

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju*..., s. 74

Na podstawie literatury przedmiotu, m.in. przewodnika metodycznego Elżbiety Marek i Katarzyny Nadrowskiej[65], można wymienić różnice w rozwoju dziecka 5- i 6-letniego. Dziecko 5-letnie ma niezbyt twardy kościec i stosunkowo słabe mięśnie, stąd może mieć problemy z długotrwałym siedzeniem w jednym miejscu. Jest aktywne i lubi ruch. Spostrzega dość chaotycznie, w sposób nieuporządkowany, przypadkowy. Na obrazkach widzi do kilkunastu elementów oraz niektóre czynności. Nie spostrzega jeszcze relacji między obrazkami. W spostrzeganiu dominuje synkretyzm. Jego wypowiedzi pozwalają

64 M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*..., s. 90.

65 E. Marek, K. Nadrowska, *Przewodnik metodyczny. Diagnoza gotowości dziecka do podjęcia nauki szkolnej*, WSiP, Warszawa 2010, s. 8–22.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ujawniać agramatyzmy, przekręcanie wyrazów, wady wymowy, mały zasób słów. Uwaga nie jest podzielna ani zbyt trwała, pamięć jest mimowolna. Myślenie u dziecka 5-letniego nie jest już czysto sytuacyjne, nie stanowi jednak jeszcze odrębnej, samodzielnej czynności poznawczej. Mowa powinna być poprawna, a wypowiedzi składać się ze zdań. W zakresie rozwoju społecznego pięciolatek próbuje bawić się zgodnie z innymi, bez konfliktów, bójek, rzadziej obraża się i płacze, złości, odchodzi od grupy. Zaczyna przejmować się uczuciami innych rówieśników – pomaga, pociesza, okazuje współczucie, ale jeszcze, tak jak inni, dokucza, przezywa niektóre dzieci. Zaczyna stosować się do poleceń skierowanych przez nauczyciela do całej grupy.

Anna Grządkowska, Magdalena Pietrzak-Kurzac i Paulina Rusiak[66] podkreślają, że dziecko 6-letnie bardzo interesuje się światem i zjawiskami w nim zachodzącymi, uczy się skupiania uwagi, wzrasta jego wrażliwość na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, a ruchy stają się coraz bardziej skoordynowane i harmonijne. Podejmowane w tym czasie działania wykazują cechy celowości i zorganizowania, a rozwój mowy umożliwia dziecku swobodne przekazywanie myśli, potrzeb oraz wyrażanie uczuć i emocji, które przeżywane są coraz bardziej świadomie. Sześciolatek dojrzewa także emocjonalnie, stara się opanowywać swoje słowne i ruchowe reakcje oraz dostrzegać i rozumieć emocje innych ludzi, uczy się bycia członkiem grupy. W tym też czasie pojawiają się pierwsze sympatie i antypatie, zaczyna się rywalizacja z kolegami, dziecko poznaje uczucia zazdrości i uczucia związane z odrzuceniem, a fakt, iż dzieci nie zawsze podporządkowują się ogólnie przyjętym normom społecznym sprawia, że często staje się uczestnikiem konfliktów.

Wspomaganie rozwoju małego dziecka powinno być nadrzędnym celem oddziaływań wychowawczych nauczycieli przedszkola. Wiek przedszkolny jest czasem postępujących bardzo szybko zmian ilościowych i jakościowych, gwałtownego rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Uważa się również, że okres ten jest pierwszym i zasadniczym etapem tworzenia się nierówności edukacyjnych, deficytów i zaburzeń rozwoju.

66 A. Grządkowska, M. Pietrzak-Kurzac, P. Rusiak, *Umiejętności społeczne dzieci. Dla wszystkich starczy miejsca pod wielkim dachem nieba. Dziecko z rodziny dysfunkcyjnej w szkole,* Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006, s. 3.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

To bardzo ważny i dynamiczny etap w rozwoju dziecka. W tym okresie tworzy się fundament osobowości. Dziecko nabywa podstawowe wiadomości i umiejętności, które wpływają na niego i decydują o jego rozwoju[67].

3. Klasyfikacja zaburzeń dziecka i charakterystyka zaburzeń rozwojowych

Martin E.P. Seligman, Elaine F. Walker i David L. Rosenhan[68] podkreślają, że rozpoznając zaburzenia dziecięce, musimy pamiętać o kilku aspektach, które odróżniają je od zaburzeń pojawiających się dopiero w okresie dorosłości. Należy mieć na uwadze fakt, że u różnych dzieci rozwój postępuje w różnym tempie. Jest to uwarunkowane czynnikami indywidualnymi dziecka, otoczeniem, w którym dziecko się wychowuje, oraz stymulacją, jakiej jest poddawane przez osoby wychowujące.

Pierwszym aspektem branym pod uwagę przy rozpoznawaniu zaburzeń w rozwoju dziecka jest zróżnicowane tempo rozwoju. Przykładem mogą tu być czynności higieniczne czy tzw. trening czystości. Wiele dzieci w wieku 3 lat ma już opanowane trzymanie moczu, zdarzają się jednak i takie, którym przytrafia się jeszcze moczenie nocne, bo nie dorosły do tego, by kontrolować potrzeby fizjologiczne. Są jednak w tej grupie dzieci, u których moczenie jest objawem poczucia niepewności emocjonalnej, negatywnych przeżyć czy zdarzeń traumatycznych. Dlatego tak ważna jest znajomość procesów rozwojowych dziecka, która pozwoli na odróżnienie zróżnicowanego tempa rozwoju od problemów psychicznych wymagających leczenia.

Drugim aspektem, o którym należy pamiętać, jest to, że bardzo trudno jest przewidzieć przebieg problemów rozwojowych dzieci. Dzieje się tak dlatego, że dziecko rozwija się bardzo szybko i zmienia się niemal w każdym miesiącu, stąd trudno powiedzieć, czy dziecko, które jest bardzo ciche i spokojne, przejawia jakieś syndromy zabu-

67 M. Pawłowska, *Wielostronna aktywność w edukacji regionalnej u dzieci 6-letnich*, [w:] *Edukacja jutra*, red. W. Kojs, E. Piotrowski, T.M. Zimny, Menos, Częstochowa 2002, s. 178.

68 M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia,* Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 328–330.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rzeń, czy zwyczajnie weszło w kolejny etap rozwoju, objawiający się chwilowym wyciszeniem. Bywa również, że dzieci bardzo spokojne tłumią w sobie negatywne emocje, które potem ujawniają się w formie agresji i przemocy. Działa to również w drugą stronę – dziecko niespokojne, z przejawami zaburzeń zachowania, wyrasta na nastolatka o przytłumionym zachowaniu. Autorzy podkreślają, że u dzieci często występuje regres. Dotyczy on niektórych zaburzeń rozwojowych, np. dziecko wykazuje normalny rozwój mowy w pierwszych latach życia, a następnie traci umiejętności językowe.

Trzecim aspektem odróżniającym problemy dzieci od problemów dorosłych jest to, że dzieci nie potrafią mówić o swoich problemach bądź sprawia im to dużą trudność. Niepokój, z jakim mają do czynienia, może się zatem objawiać pośrednio w zachowaniach destrukcyjnych. Ważne jest, aby rodzice czy nauczyciele potrafili odróżnić zachowania, które są wskazówką do istnienia realnych problemów dziecka, od zachowań stanowiących normę rozwojową. W rozwoju dziecka występują bowiem „momenty krytyczne" – dziecko zaznacza swoją indywidualność, buntuje się, prowokuje rodziców swoim zachowaniem, sprawdzając jednocześnie granice, jakie ci mu wyznaczyli.

Czwartym aspektem, tak ważnym w diagnozie zaburzeń dziecięcych, jest sposób ich postrzegania przez dorosłych. To, co dla jednych będzie zachowaniem nie do przyjęcia, dla drugich może okazać się zachowaniem dopuszczalnym. Dzieje się tak za sprawą progów, czy też kwalifikacji zachowań, które sobie ustalamy. Dla jednych „gaduła" może być problemem, dla innych zaś nie.

Ponadto problemy dzieci mają charakter konkretny i dotyczą szczególnej sytuacji lub kontekstu. Dziecko, które przejawia cechy nadruchliwości w przedszkolu czy szkole, w domu może być spokojne, i odwrotnie. Zdarza się często, że dziecko w obcym dla siebie towarzystwie czy środowisku jest wyjątkowo nieśmiałe, zaś w środowisku domowym ujawnia się jego nadruchliwość czy gadulstwo.

To, czym różni się zaburzenie dziecięce od prawidłowych zmian rozwojowych, często jest sprawą stopnia uciążliwości. Pomiędzy zachowaniem prawidłowym a zaburzonym występują bowiem różnice ilościowe, a nie jakościowe. Zaburzenia, mające swój początek w dzieciństwie, nie różnią się pod względem jakościowym od tego, co obserwujemy u prawidłowo rozwijających się dzieci. Na przykład napady

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

złości powszechne są u dzieci w wieku przedszkolnym, jednak zdarzają się najczęściej w związku z określoną sytuacją, np. zabranie zabawki przez drugie dziecko. W momencie gdy przytrafiają się często lub w określonej sytuacji, mogą nosić znamiona zachowania zaburzonego.

Przyczyny zaburzeń, dysharmonii rozwojowych czy opóźnień w rozwoju są różne. Powodem może być na przykład uszkodzenie struktury i funkcji układu nerwowego w okresie płodowym, okołoporodowym lub we wczesnym dzieciństwie. Wpływ na powstanie zaburzeń w rozwoju dziecka ma także środowisko wychowawcze. Często rodzice i nauczyciele nie rozumieją mechanizmów trudności dziecka o zaburzonym rozwoju i traktują je zbyt rygorystycznie lub zbyt liberalnie, co powoduje dodatkowe nasilenie trudności. „Niewłaściwa ocena przyczyn trudności, ale i możliwości dziecka, nieuwzględnianie złożoności i interakcji czynników wpływających na jego funkcjonowanie, prowadząca do zbyt szybkiego zaklasyfikowania go do kategorii osób o określonych możliwościach sprawia często, że wymagania opierają się wyłącznie na aktualnym stanie dziecka, a nie na jego potencjale”[69].

Zaburzenia rozwoju dziecka różnią się też charakterem. Mogą mieć postać deficytów rozwojowych w zakresie poszczególnych analizatorów, np. wzroku czy słuchu. Mogą wiązać się z dysfunkcjami albo opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego, co w przyszłości może powodować zaburzenia mowy czynnej lub zaburzenia z grupy dysleksji rozwojowej. Mogą też sprowadzać się do zaburzeń o bardziej globalnym charakterze, które ograniczają możliwości prawidłowego funkcjonowania społecznego dziecka. Rozwój dziecka jest wtedy nieprawidłowy w szerszym znaczeniu.

Najczęściej spotykane zaburzenia stanowiące o dysharmonii w rozwoju to:

– **w sferze ruchowej**
  - ogólne opóźnienia rozwoju ruchowego (brak precyzji, zręczności i szybkości ruchów) oraz zaburzenia napięcia mięśniowego;
  - niesprawność manualna (nieprawidłowy chwyt ołówka, trudności z rysowaniem, wycinaniem, nawlekaniem, wiązaniem);

69 H. Krauze-Sikorska, *Indywidualizacja w procesie nauczania a wspomaganie i wspieranie rozwoju dziecka z „układu ryzyka” zaburzeń,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci…*, s. 323.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- zaburzenia procesu lateralizacji (leworęczność – lewooczność – lewonożność, leworęczność – prawooczność – lewonożność lub dominacja nieustalona);

– **w sferze poznawczej**
  - zaburzenia percepcji słuchowej (opóźniona mowa, ubogi słownik, agramatyzmy, trudności w zapamiętaniu ciągów słownych);
  - zaburzenia percepcji wzrokowej (prymitywne rysunki i wycinanki, trudności w układankach i w różnicowaniu kształtów figur geometrycznych oraz zapamiętywaniu obrazków);
  - zaburzenia mowy (opóźniony rozwój, wadliwa artykulacja głosek);

– **w sferze emocjonalno-społecznej**
  - nadmierny infantylizm uczuciowy przejawiający się małym poczuciem obowiązku, niezdolnością do podporządkowania się ogólnym wymaganiom, nieumiejętnością współpracy w grupie rówieśniczej oraz nieadekwatnością reakcji emocjonalnych w stosunku do sytuacji[70].

Małgorzata Skórczyńska[71], odwołując się do innych autorów[72], podaje, że opóźnienia mogą występować nie tylko w jednej sferze rozwoju. Niektóre dzieci mają całościowe (globalne) opóźnienia we wszystkich sferach, dlatego proces diagnozowania opóźnienia rozwojowego u dziecka wymaga zebrania szczegółowych informacji od rodziców, przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania badań laboratoryjnych (np. EEG, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej), obserwacji przebiegu rozwoju oraz wszechstronnej analizy danych.

Identyfikacja opóźnienia rozwoju nie jest dla diagnosty łatwym zadaniem. Indywidualne różnice w przebiegu rozwoju dzieci powodują możliwość przeoczenia problemu lub zbagatelizowania go. Ponadto, ponieważ zaburzenia występują w więcej niż jednym obszarze, może

70 T. Opolska, *Dojrzałość szkolna a indywidualne różnice rozwojowe,* „Biuletyn Informacyjny PTD" 1998, nr 12, s. 33–34; A. Jałowiecka, *Charakterystyka typowych zaburzeń rozwojowych dzieci,* [w:] *Dziecko sześcioletnie w szkole,* red. J. Karczewska, M. Kwaśniewska, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2009, s. 212.

71 M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie rozwoju*..., s. 13–14.

72 M.in. L.R. First, J.S. Palfrey, *The Infant or Young Child with Developmental Delay*, „The New England Journal of Medicine" 1994, 330, s. 478–483 ; R. Tervo, *Identifying Pattern of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders*, „A Pediatric Perspective" 2003, 12, s. 3.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

się zdarzyć pominięcie któregoś z nich. Czynniki ryzyka powstania problemów rozwojowych odnoszą się do dwóch kategorii: genetycznych/chromosomowych i środowiskowych. Mogą się one kumulować: im większa liczba elementów oddziałujących negatywnie, tym rozwój jest bardziej zagrożony. Powszechną przyczyną globalnego opóźnienia rozwoju są anomalie chromosomowe (przy zespole Downa czy przy zespole kruchego chromosomu X). Jednym z najczęstszych objawów w przypadku nieprawidłowego przebiegu rozwoju są zaburzenia w rozwoju mowy. Wszystkie dzieci z opóźnieniem w tym obszarze powinny przejść ocenę audiometryczną[73].

Do czynników ryzyka w opóźnieniu rozwoju, które mogą być zidentyfikowane w trakcie przeprowadzenia wywiadu z rodzicami, zalicza się czynniki:

– **prenatalne** związane z osobą matki: ostre lub przewlekłe choroby, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, wcześniejsze poronienie lub urodzenie martwego dziecka, zatrucie ciążowe[74];

73 Badanie audiometryczne to inaczej tonalne progowe badanie słuchu, które wykorzystuje urządzenie nazywane audiometrem. Audiometr generuje dźwięki o częstotliwości od 125 do 10 000 Hz przesyłane do słuchawek badanej osoby. Zabieg ten pozwala na wykrycie wad słuchu. Audiometria tonalna jest to metoda badania słuchu służąca do oceny progu słyszenia. To badanie słuchu pozwala określić rodzaj i głębokość upośledzenia tego zmysłu – określa stopień ubytku słuchu w zależności od częstotliwości dźwięku i pozwala ustalić, czy mamy niedosłuch odbiorczy, czy przewodzeniowy. Dzięki badaniu można dowiedzieć się, czy przyczyna niedosłuchu jest zlokalizowana w uchu środkowym, wewnętrznym, czy w dalszych odcinkach drogi słuchowej. Najczęstsze wskazania do wykonania tego badania słuchu to: podejrzenie niedosłuchu przewodzeniowego, podejrzenie niedosłuchu odbiorczego, urazy głowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, guzy mózgu, stwardnienie rozsiane, choroby naczyń mózgowych, np. tętniaki, http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/audiometria-tonalna-badanie-sluchu_34293.html, https://portal.abczdrowie.pl/badanie-audiometryczne (dostęp 11.08.2017).

74 O znaczeniu informacji uzyskanych od rodziców/matek, dotyczących przebiegu rozwoju prenatalnego, pisała również N. Han-Ilgiewicz. Zwracała uwagę na to, by – jeśli to możliwe – ustalić fakt, na ile dziecko było oczekiwane przez rodziców/matki. Na podstawie przeprowadzonych badań i wywiadów wyróżniła: dziecko pożądane i oczekiwane; dziecko niepożądane, ale tolerowane; dziecko uważane za intruza; dziecko, którego nie udało się pozbyć; dziecko podrzutek. Więcej można przeczytać w: N. Han-Ilgiewicz, *Nieznośni chłopcy. Typy plastyczności psychicznej w diagnostyce szkolnej,* Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1960, s. 83–84.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- **perinatalne**: komplikacje okołoporodowe, wcześniactwo, ciąża mnoga, niska waga urodzeniowa;
- **neonatologiczne**: napady, krwawienia dokomorowe, sepsa lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, poważna hiperbilirubina[75], niedotlenienie z powodu niewydolności oddechowej;
- **postnatalne**: napady, sepsa lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nawracające zapalenie ucha środkowego, słabe odżywianie, opóźnienia wzrostu, kontakt z ołowiem lub innymi toksycznymi substancjami;
- **związane z historią rodziny**: występujące w rodzinie opóźnienia w rozwoju, aberracje chromosomowe, zaburzenia słuchu, zaburzenia wzroku;
- **społeczne**: przemoc, zaniedbanie, młodociani rodzice, ograniczone wsparcie społeczne/ekonomiczne, niepełnosprawność intelektualna rodzica, samotne rodzicielstwo, stresujące wydarzenia życiowe, np. śmierć, rozwód, bezrobocie[76].

Na występowanie czynników ryzyka opóźnienia rozwoju mogą także wskazywać nieprawidłowości wykryte w trakcie badania lekarskiego, obejmującego m.in. pomiar obwodu głowy, zwrócenie uwagi na obecność cech dysmorficznych[77], badanie wzroku, słuchu, skóry, utrzymywanie się prymitywnych odruchów, hipotonii[78] lub hipertonii[79]. Ponadto zwiększone ryzyko zaburzeń może być efektem:

- specyficznego zespołu właściwości indywidualnych dziecka – poziomu aktywności, rytmiczności związanej z wykonywaniem okre-

75 Hiperbilirubinemia to występowanie nadmiernej ilości bilirubiny w organizmie człowieka. Przyczyny hiperbilirubinemii mogą być nabyte lub wrodzone. Do nabytych zaliczamy między innymi: nadmierny rozpad krwinek czerwonych (spowodowany na przykład reakcją immunologiczną), uszkodzenie wątroby, choroby dróg żółciowych, http://wylecz.to/pl/choroby/endokrynologia/zespol-gilberta-hiperbilirubinemia.html#popupClose (dostęp 12.11.2017).

76 M. Skórczyńska, *Współczesne tendencje we wczesnej interwencji u dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych: perspektywa edukacyjna,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006, s. 12.

77 Cechy dysmorficzne – nieprawidłowości wyglądu, które niekiedy naprowadzają na rozpoznanie określonego zespołu wad, http://kgm.ump.edu.pl/uploads/media/Blok_III.pdf (dostęp 19.07.2017).

78 Hipotonia – stan zmniejszonego napięcia mięśniowego, *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980, s. 281.

79 Hipertonia – stan zwiększonego napięcia mięśniowego, tamże, s. 280.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ślonych czynności, preferencji do kontaktu *vs* wycofania się z niego, adaptowalności, intensywności i progu reagowania na bodźce, jakości nastroju czy rozpraszalności uwagi;
- minimalnych dysfunkcji rozwojowych związanych z procesami poznawczymi;
- aktualnego potencjału intelektualnego dziecka;
- funkcjonowania dziecka w trudnych warunkach społecznych, a więc w środowiskach o niskim statusie społecznym, niskim poziomie wykształcenia rodziców, dużym nasileniu bezrobocia, patologicznych sposobach radzenia sobie z problemami, ale także nierealizujących podstawowych funkcji opiekuńczych i wychowawczych;
- niedopasowanego do dziecka otoczenia – braku stymulacji rozwojowej, braku mobilizacji do wysiłku, zachęcania do doświadczania i eksplorowania świata, współpracy z innymi, lub przeciwnie: wymaganie od dziecka takiego poziomu kompetencji, którego nie było ono w stanie osiągnąć; wymagania otoczenia są więc albo poniżej rzeczywistych możliwości dziecka, albo znacznie je przewyższają[80].

E. Jezierska-Wiejak[81] scharakteryzowała zaburzenia rozwoju najczęściej występujące u dzieci w wieku przedszkolnym. Należą do nich:

1. **Zaburzenia mowy**, które pogarszają samopoczucie dziecka w grupie rówieśniczej, gdyż utrudniają mu komunikowanie się z innymi.

Rozwój mowy przebiega prawidłowo, gdy dziecko: mówi dużo i wyraźnie, wypowiadając wszystkie głoski poprawnie, jego wypowiedzi są poprawne gramatycznie, rozumie, co się do niego mówi, mówi melodyjnie i swobodnie tzw. czystym głosem (nie nosowo), z zachowaniem intonacji, nie jąka się, język w czasie wypowiedzi układa się prawidłowo w jamie ustnej, czyli przeważnie centralnie (nie na boki) i nie wchodzi między zęby. Jeśli dziecko nie wymawia poprawnie głosek przewidzianych dla jego wieku lub je zniekształca, ma mały zasób słownictwa, z trudem buduje zdania i robi błędy gramatyczne oraz fleksyjne, to trzeba zwrócić się do logopedy. Na każdym etapie rozwo-

80 H. Krauze-Sikorska, *Indywidualizacja…*, s. 322.

81 E. Jezierska-Wiejak, *Wspomaganie rozwoju małego dziecka w wieku przedszkolnym – propozycje rozwiązań metodycznych,* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju…*, s. 145–146.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ju dziecka uwagę powinien zwrócić sposób wymowy głosek dźwięcznych, np. z (samek – zamek), g (karnek – garnek), w (fota – woda). Nieprawidłowa realizacja głosek świadczy o zaburzeniu dźwięczności i wymaga terapii logopedycznej. Z kolei niepłynność w mowie, np.: popopokaż mi oooobrazek; maaamaaa wróóóciii; kot, kot, kot, może być początkiem jąkania, które wymaga konsultacji zarówno psychologicznej, jak i logopedycznej[82].

2. **Niezręczność ruchowa** całego ciała (ruchy kanciaste, nieskoordynowane, mało płynne), która powoduje, że dzieci nie włączają się w zespołowe zabawy ruchowe.

Dzieci pod koniec okresu przedszkolnego powinny już mieć opanowane ruchy i czynności motoryczne, które charakteryzują się znaczną równowagą i sprawnością ruchową. W zakresie motoryki opanowują już kombinacje czynności ruchowych, takich jak: skok, bieg, chwyt i rzut, utrzymywanie równowagi, co pozwala na opanowanie takich umiejętności, jak: jazda na rowerze, wrotkach, łyżwach, wspinanie się itp. Doskonali się zręczność, szybkość i siła motoryki ciała[83].

Jak podaje Elżbieta M. Minczakiewicz[84], zakłócenia w rozwoju ruchowym natychmiast wpływają na rezultaty rozwoju psychicznego, opóźniając wszelkie funkcje organizmu (np. siadanie, stanie, chwytanie, chodzenie, mówienie, uwagę, pamięć, malowanie, rysowanie, lepienie). Dziecko w czasie opanowywania „instrumentu" własnego ciała rozwija bowiem nie tylko siłę i sprawność poszczególnych jego członków, funkcję zmysłów, lecz także wszystkie procesy poznawcze, umożliwiające poznawanie świata, pojmowanie jego istoty, rozumienie relacji między osobami, osobami i przedmiotami, przedmiotami i zjawiskami itd.

Opóźnienia w rozwoju ruchowym mogą mieć charakter globalny i dotyczyć całokształtu motoryki dziecka, lub wycinkowy, gdy dziecko wolniej opanowuje niektóre umiejętności ruchowe, podczas gdy inne

82 M. Czarnecka-Zreda, *Rozwój mowy u dzieci,* materiały wydawnictwa RAABE, http://cloud.edupage.org/cloud/rozwoj_mowy%281%29z%3A1 3waWz 1cGA-GcSXlZQZ8bPHq%2 FXxbkZ%2BD7OjIbeJ7ddpFXQEO7Lo198csT5a0GbjjN (dostęp 23.06.2017).

83 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa*..., s. 41; M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*..., s. 84; D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju*..., s. 196; *Edukacja zdrowotna,* red. B. Woynarowska, PWN, Warszawa 2010, s. 94.

84 E.M. Minczakiewicz, *Psychoruchowy rozwój dziecka. Diagnoza. Propozycje wsparcia i pomocy rodzinie,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, s. 14.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rozwijają się w tempie normalnym. Mogą być związane z niejednakowym tempem dojrzewania układów stawowo-szkieletowego i mięśniowego lub z tzw. ogólnym niedorozwojem psychoruchowym. Mogą one występować również u dzieci z prawidłowym rozwojem umysłowym, a być wynikiem schorzeń lub uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego i powodować zachwianie równowagi w rozwoju aparatu lokomocyjnego i manipulacyjnego. Zakłócenia i opóźnienia rozwoju aparatu lokomocyjnego określa się mianem niezręczności ruchowej całego ciała[85].

Cechami charakterystycznymi niezręczności ruchowej są:

- ogólna niezręczność ruchowa, brak precyzji ruchów;
- izolowanie się od grupowych zabaw ruchowych i ćwiczeń gimnastycznych;
- niezręczny chód po schodach (brak chodu naprzemiennego);
- niezgrabność w czasie wspinania się na urządzenia gimnastyczne, sportowe, zabawowe;
- trudności w rzucaniu i chwytaniu piłki;
- trudności w podskokach obunóż i na jednej nodze;
- trudności w utrzymywaniu równowagi, brak koordynacji, częste „synkinezje", tzw. ruchy dodatkowe;
- brak miękkości i płynności ruchów, zwinności, zręczności i szybkości w ich wykonywaniu[86].

3. **Niezręczność manualna**, która powoduje, że dzieci nie mogą na czas wykonać zadań wymagających wycinania, wydzierania, precyzyjnego układania, oraz utrudnia czynności samoobsługowe (wiązanie butów, zapinanie guzików).

Sprawność manualna i grafomotoryczna widoczna jest u przedszkolaka w pracach zręcznościowych, samoobsłudze oraz podczas wykonywania prac graficznych. Przy ocenie rozwoju umiejętności manipulacyjnych należy obserwować sprawność ręki, zręczność dłoni i palców, umiejętność posługiwania się narzędziami oraz wykonywania działań samoobsługowych i prac plastycznych[87].

W rozwoju motoryki małej wraz z wiekiem powinny wzrastać precyzja ruchów i szybkość wykonania czynności. Zdarza się jednak, że

85 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa…,* s. 42.

86 Tamże, s. 44–45.

87 Por. M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny…*, s. 85.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

u niektórych dzieci pojawiają się duże trudności czy wręcz opóźnienia w manipulowaniu różnymi przedmiotami i narzędziami.

Takie zaburzenia motoryki małej przejawiają się w formie niezręczności manualnej, której charakterystycznymi cechami są:

- opóźnienie w zdobywaniu samodzielności w czynnościach samoobsługowych;
- trudności w posługiwaniu się przedmiotami codziennego użytku (wynikają one z obniżenia sprawności w obrębie ruchów chwytnych);
- niezręczne trzymanie przyborów pisarskich;
- niechęć do wykonywania prac plastycznych;
- nieprawidłowe posługiwanie się nożyczkami;
- obniżona precyzja ruchów celowych;
- niewłaściwa koordynacja pracy obu rąk;
- występowanie współruchów (synkinezji);
- niski poziom graficzny wykonywanych prac;
- niewłaściwe rozmieszczenie rysunku na kartce papieru;
- brak automatyzacji w procesie pisania[88].

Do najczęściej wymienianych czynników zakłócających rozwój manipulacyjny należą:

- postawa rodzicielska nadopiekuńcza, wyręczanie dziecka we wszystkich czynnościach związanych z samoobsługą, pracami porządkowymi (ubieranie, rozbieranie, karmienie, brak swobody w działaniu, ochranianie), pozbawianie małego dziecka możliwości wykonywania prac naśladowczych ludzi dorosłych;
- brak edukacji usamodzielniającej dziecko;
- postawa perfekcjonistyczna rodziców (zakaz budowania z piasku, gliny, przesadne zwracanie uwagi na czystość dziecka, co wiąże się z pozbawieniem go okazji malowania farbami na dużej przestrzeni, lepienia z mas plastycznych – dziecko ubrudzi siebie i pomieszczenie);
- sforowanie, ośmieszanie i karanie dziecka podczas wykonywania prostych czynności (za pobrudzenie ubrania, nieudolność, rozlanie płynu itp.);
- zła sytuacja ekonomiczno-materialna – brak środków rozwijających sprawność manualną;

88 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa…*, s. 46–47.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– niewłaściwa edukacja w zakresie rozwijania manipulacji oraz przygotowania do nauki pisania;
– nieprzestrzeganie etapów w przygotowaniu do pisania, brak zajęć rozwijających ruchy zamaszyste, a później precyzyjne, brak wsparcia dziecka, motywowania do działań, do pokonywania trudności[89].

Uogólniając, należy zaznaczyć, że „specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych charakteryzują się wyraźnymi problemami z koordynacją motoryczną dziecka zarówno w zakresie małej, jak i dużej motoryki, które rozwijają się z opóźnieniem w stosunku do wieku dziecka i jego funkcjonowania intelektualnego. W badaniach klinicznych u większości dzieci stwierdza się objawy wskazujące na niedojrzałość układu nerwowego”[90].

Do zaburzeń w zakresie małej i dużej motoryki należą[91]:
– zaburzenia koordynacji dużych ruchów (duża motoryka)
  • trudności z utrzymaniem równowagi, potykanie się, częste kontuzje, niezdarny chód;
  • wpadanie na przeszkody, tendencja do upuszczania przedmiotów, ich niszczenia;
  • trudności w opanowaniu jazdy na rowerze, zabaw ze skakanką, robieniu koziołków, skakania, biegania, rzucania;
– zaburzenia koordynacji subtelnych ruchów (mała motoryka)
  • trudności z opanowaniem czynności samoobsługowych (zapinanie guzików, wiązanie sznurowadeł);
  • trudności z opanowaniem czynności związanych z jedzeniem (trzymanie łyżki, widelca, noża);
  • trudności w układaniu, wycinaniu, zabawach.

4. **Zaburzenia lateralizacji**, które powodują trudności w przyswajaniu pojęć przestrzennych i poruszaniu się w przestrzeni (trudności w ćwiczeniach grupowych, w szybkim i prawidłowym wykonywaniu poleceń nauczyciela: w prawo, w lewo).

Orientacja przestrzenna to zdolność do rozumienia i określania stosunków przestrzennych pomiędzy poszczególnymi obiektami, czyli stopniowe dojrzewanie wyobraźni przestrzennej. Wykształca się ona

89 Tamże, s. 48–49.

90 L. Popek, *Specyficzne zaburzenia funkcji motorycznych*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 194.

91 Tamże, s. 195.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

w ciągu życia dziecka na podstawie kojarzenia doznań wzrokowych, słuchowych, dotykowo-kinestetycznych i doznań płynących z wnętrza ciała. Ważnym czynnikiem w kształtowaniu się orientacji przestrzennej jest lateralizacja czynności ruchowych, która sprzyja odczuwaniu przez dziecko większego napięcia mięśniowego w dominujących częściach ciała[92].

Skutkiem zaburzeń kształtowania się orientacji przestrzennej mogą być m.in.:

- opóźnione rozumienie i błędne stosowanie słownych określeń dotyczących położenia przedmiotów w otoczeniu;
- trudności przy wykonywaniu ćwiczeń fizycznych demonstrowanych i według instrukcji;
- brak orientacji w terenie, gubienie drogi;
- nieumiejętność odczytywania schematów i map;
- trudność w czytaniu, np. mylenie liter o zbliżonym kształcie, ale inaczej ułożonych w przestrzeni (n/u, p/b, g/d), zmiana kolejności odczytywania liter (do/od)[93].

5. **Zaburzenia w spostrzeganiu wzrokowym**, które powodują nieumiejętność: dostrzegania szczegółów, wyodrębniania ich z całości i ponownego łączenia w całość, dostrzegania różnic między przedmiotami podobnymi, lecz nie jednakowymi, odwzorowywania, a także trudności w rozumieniu i wnioskowaniu na podstawie materiału obrazkowego.

Opóźnienia i zaburzenia percepcji wzrokowej mogą się charakteryzować prostym opóźnieniem tej funkcji bądź też być bardziej złożone. Wówczas percepcja wzrokowa dziecka nie wykazuje całościowego obniżenia, lecz jest nieprawidłowa tylko pod pewnym względem. Taką właściwością percepcji jest jej kierunkowość. Ma ona związek z rozwojem orientacji przestrzennej, np. dziecko ma trudności z odwzorowywaniem figur geometrycznych[94].

Zaburzenia percepcji wzrokowej u dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej przejawiają się w trudnościach:

92 K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju…*, s. 73.

93 Tamże, s. 74–75.

94 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa…*; H. Spionek, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka,* PWN, Warszawa 1969.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- z opanowaniem czynności samoobsługowych (np. sprawnym ubieraniem się, w tym zapinaniem guzików i wiązaniem sznurowadeł);
- we wspinaniu się na drabinki, wchodzeniu i schodzeniu po schodach (często dzieci długo robią to niedojrzałym krokiem dostawnym);
- z braniem udziału w grach sportowych i ruchowych;
- ze sprawnym opanowaniem umiejętności graficznych, takich jak kolorowanie, cięcie nożyczkami, odwzorowywanie kształtów geometrycznych i struktur o charakterze abstrakcyjnym;
- z odnalezieniem drogi (dzieci te łatwo się gubią w nowym otoczeniu);
- w budowaniu z klocków, układaniu puzzli (robią to dużo gorzej niż rówieśnicy); w wyodrębnianiu części ze złożonej całości (np. dostrzeżeniu szczegółu na wieloelementowej, bogatej ilustracji);
- z rozpoznawaniem podobieństw i różnic między przedmiotami, obrazkami;
- w prawidłowym spostrzeganiu oraz zapamiętywaniu graficznego obrazu poszczególnych liter i cyfr (dzieci te mylą litery i cyfry o podobnym kształcie)[95].

Uogólniając, należy stwierdzić, że diagnoza trudności rozwojowych dziecka to dopiero początek drogi, która ma prowadzić do zmian i poprawy jego funkcjonowania. Pozwala nam na zrozumienie motywów postępowania i zachowań dziecka. W jej toku poznajemy również mocne strony dziecka. Wszystko to ma na celu prawidłowe zorganizowanie działań wspomagających i wspierających jego rozwój.

4. Praca z dzieckiem w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanymi trudnościami

Trudno nie zgodzić się ze stanowiskiem Beaty Cytowskiej[96], że współczesna medycyna ma za sobą niezwykłe dokonania zmierzające do ratowania zagrożonych ciąż, przedwcześnie urodzonych noworodków, dzieci chorych na schorzenia, które do niedawna były śmiertelnym

95 K. Skarbek, I. Wrońska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju…*, s. 63–64.

96 B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju…*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wyrokiem. Niestety, zwykle okazuje się, że ratownictwo to zbyt mało. Potrzebna jest dalsza wyspecjalizowana pomoc długofalowa, zorganizowana, interdyscyplinarna. Najlepiej, by była ona podjęta jak najwcześniej: albo od początku – w przypadku dziecka, którego rozwój jest zagrożony ze względu na nieprawidłowości związane z okresem prenatalnym lub perinatalnym, albo tuż po zadziałaniu czynnika patogennego w kolejnych etapach życia.

W myśl obowiązującego Rozporządzenia[97] pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.

W dalszej części Rozporządzenia czytamy, że potrzeba objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu, szkole i placówce wynika w szczególności: 1) z niepełnosprawności; 2) z niedostosowania społecznego; 3) z zagrożenia niedostosowaniem społecznym; 4) z zaburzeń zachowania lub emocji; 5) ze szczególnych uzdolnień; 6) ze specyficznych trudności w uczeniu się; 7) z deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych; 8) z choroby przewlekłej; 9) z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych; 10) z niepowodzeń edukacyjnych.

W przedszkolu pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z dzieckiem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie: 1) zajęć rozwijających uzdolnienia; 2) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym; 3) zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego; 4) porad i konsultacji.

97 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Dzieci ze zdiagnozowanymi trudnościami traktowane są jako dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (dalej: SPE). Ich potrzeby wynikają z zaburzeń lub deficytów rozwojowych, u podstaw których leżą trudności w nabywaniu wiedzy i umiejętności.

Marta Bogdanowicz[98] zwraca uwagę, że dzieci ze SPE potrzebują pomocy pedagogicznej w formie specjalnego programu nauczania i wychowania, specjalnych metod dostosowanych do ich potrzeb, możliwości i ograniczeń, że powinno być nauczane przez specjalistyczną kadrę pedagogiczną, w odpowiednich warunkach, z uwzględnieniem odmiennych rozwiązań organizacyjnych.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna ma dwutorowy przebieg. Z jednej strony udzielana jest dziecku i polegać ma na rozpoznawaniu oraz zaspokajaniu jego indywidualnych potrzeb rozwojowo-edukacyjnych oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych. Z drugiej – ma objąć rodziców dziecka ze SPE oraz nauczycieli z nim pracujących, w celu wspierania ich w rozwiązywaniu problemów wychowawczo-dydaktycznych, a także rozwijania ich umiejętności wychowawczych, aby podnieść efektywność udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Dzieci ze SPE to wszystkie dzieci, które mają trudności w uczeniu się większe niż ich rówieśnicy. Nie wszystkie jednak mogą liczyć na takie samo wsparcie edukacyjne. Udzielana pomoc psychologiczno-pedagogiczna, jej forma, czas i zakres, a także dostosowanie wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka uzależnione są od wielu czynników. Do najważniejszych należy posiadanie:

- orzeczenia o niepełnosprawności;
- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego;
- opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, o specyficznych trudnościach w uczeniu się lub innej opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, wskazującej na potrzebę takiego dostosowania;

98 M. Bogdanowicz, *Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, „Psychologia Wychowawcza" 1995, nr 3, s. 216–222.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– rozpoznania indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia przez nauczycieli i specjalistów[99].

J. Skibska[100] przyznaje, że dzieci ze SPE, które mogą uczestniczyć w procesie kształcenia i wychowania w warunkach przedszkola lub szkoły, stanowią bardzo różnorodną grupę. Pokazuje to zestawienie zawarte w tabeli 10.

Tabela 10. Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Dzieci niepełnosprawne	• intelektualnie • niedosłyszący, niesłyszący • niedowidzący, niewidzący • niepełnosprawni ruchowo; w tym z afazją • z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera • ze sprzężeniami
Dzieci przewlekle chore	• z wadami serca • z cukrzycą • z padaczką
Dzieci z zaburzeniami psychicznymi	• zaburzenia typu schizofrenia • zaburzenia nastroju (afektywne), np. depresja • zaburzenia nerwicowe, np. fobia szkolna
Dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji	• dziecko niedostosowane społecznie lub zagrożone niedostosowaniem społecznym • dziecko z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej

Źródło: J. Skibska, *Dziecko…,* s. 100

Jak zaznacza Agnieszka Olechowska[101], określeń „specjalne potrzeby edukacyjne" czy „indywidualne potrzeby edukacyjne" lub „indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne" można używać także w odniesieniu do dzieci nienależących do żadnej z wymienionych grup, a mających trudności rozwojowe lub trudności w uczeniu się. W ten sposób nie wyklucza się możliwości udzielania pomocy edukacyjnej dzieciom, które nie zaliczają się do żadnej ze wskazanych kategorii.

99 A. Olechowska, *Specjalne potrzeby edukacyjne,* PWN, Warszawa 2016, s. 32.
100 J. Skibska, *Dziecko…,* s. 100.
101 A. Olechowska, *Specjalne potrzeby…,* s. 41.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Autorka opracowała również następujące zasady pracy z dziećmi ze SPE[102]:

1. Zasada równych praw wszystkich uczniów

Zasada podkreśla konieczność zagwarantowania dzieciom ze SPE poczucia bezpieczeństwa w grupie rówieśniczej, jak i w obecności osób dorosłych, umożliwienia im uczestniczenia w zabawach, zajęciach, wydarzeniach społecznych i kulturalnych, w których biorą udział pozostałe dzieci, oraz odgrywania różnych ról w grupie rówieśniczej, odpowiednich do ich indywidualnych predyspozycji. Zasada ta odnosi się również do oceny, która powinna uwzględniać indywidualne możliwości dziecka, oraz do poszanowania jego integralności, odrębności i poczucia godności na równi z pozostałymi dziećmi.

2. Zasada wiedzy

Zasada ta dotyczy nauczyciela, który powinien m.in. posiadać podstawową wiedzę o przyczynach trudności konkretnego ucznia i ograniczeniach, jakie za sobą niosą. Powinien ją uzupełniać, czytając podstawową literaturę czy też kontaktując się ze specjalistami lub rodzicami. Powinien również znać przebieg i przejawy ewentualnego schorzenia, aby odpowiednio zareagować w chwili ich pojawienia się. W myśl zasady zobowiązany jest również do uzyskania informacji o formach dotychczasowego wsparcia, a jeśli z dzieckiem pracuje zespół – do włączenia się do niego i podjęcia współpracy.

3. Zasada życzliwej uwagi i wrażliwości

Można uznać, że zasada ta odnosi się do empatii, jaką powinien przejawiać każdy nauczyciel pracujący z dzieckiem ze SPE. Winien on obserwować dziecko i w okresach złego samopoczucia odciążać je od trudniejszych zadań, pamiętając, że gorsze samopoczucie może być np. symptomem zbliżającego się napadu choroby lub pozostałością po nim.

4. Zasada podejmowania pozytywnych oddziaływań wychowawczych

Zasada ta ma na celu, przez odpowiednie działania nauczyciela, umożliwienie wzajemnego zbliżenia i akceptacji między dziećmi doświadczającymi trudności i dziećmi niemającymi tego rodzaju problemów. Według A. Olechowskiej realizacja tej zasady powinna przejawiać się w reakcjach i działaniach nauczyciela, które przyczyniają się m.in. do wyjaśnienia pozostałym dzieciom przyczyn zaistniałej

102 Tamże, s. 54–57.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

sytuacji i zalecanych ewentualnych sposobów reagowania w momentach krytycznych. Nauczyciel powinien również podkreślić mocne strony dziecka wymagającego wsparcia, które mogą przyczynić się do podniesienia jego autorytetu w grupie.

5. Zasada odpowiedniego wsparcia edukacyjnego

Zasada ta mówi, że w zależności od przyczyn trudności, jakie napotka uczące się dziecko, nauczyciel powinien starać się poznawać metody, formy i środki dydaktyczne, które umożliwią zaspokojenie specjalnych potrzeb edukacyjnych tej osoby.

Zaproponowane przez autorkę zasady mogą być pomocne w sprawnym planowaniu i organizowaniu środowiska dydaktyczno-wychowawczego, terapeutycznego czy działań wspomagająco-wspierających. Stanowią bowiem swoisty fundament, na którym budowany jest cały proces wspierania dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

4.1. Wczesne wspomaganie rozwoju i kształcenie specjalne

Dzieci ze stwierdzonymi trudnościami wymagają wczesnego wspomagania rozwoju[103], którego celem jest stymulacja rozwoju psychoruchowego i rozwoju społecznego. Wczesne wspomaganie obejmuje stymulowanie dziecka w zakresie:

- rozwoju motorycznego – zajęcia rehabilitacyjne;
- stymulacji polisensorycznej – terapia integracji sensorycznej, zajęcia w sali doświadczania świata;
- rozwoju mowy, komunikacji i języka – terapia logopedyczna i neurologopedyczna, wprowadzanie i wspomaganie alternatywnych form komunikacji;
- orientacji/poruszania się w przestrzeni;
- usprawniania widzenia, słuchu, samoobsługi;
- relacji społecznych[104].

103 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci. Na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r., poz. 59 i 949).

104 A. Niedźwiecka, J. Piwowońska, I. Wisła, *Informator dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. Jestem mamą. Nie rehabilitantką. Jestem tatą. Nie terapeutą*, Kraków 2015, s. 20.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

W nawiązaniu do powyższego należy przyjąć, że wspomaganie rozwoju dziecka należy rozumieć jako wielospecjalistyczne, świadome i systemowe oddziaływania, mające na celu pobudzanie jego psychoruchowego i społecznego rozwoju, już od chwili wykrycia pierwszych sygnałów nieprawidłowości i zaburzeń w funkcjonowaniu. Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa i skoordynowana pomoc powinna obejmować równoczesne, uzupełniające się, wzajemnie oddziaływania medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne (wczesna interwencja) oraz rewalidacyjno-wychowawcze (wczesne wspomaganie rozwoju). Podmiotem efektywnego wspomagania i terapii powinno być zarówno dziecko, jak i jego rodzina. Dlatego koniecznym warunkiem skutecznego oddziaływania jest doradztwo, poradnictwo oraz edukacja pedagogiczna rodziców.

Co ważne, nie należy wczesnego wspomagania rozwoju dzieci utożsamiać z ich edukacją. Zwraca na to uwagę Maria Piszczek[105]. Autorka swoje stanowisko uzasadnia tym, że prawidłowa realizacja tej pomocy wymaga wiedzy o mechanizmach rozwoju oraz o sposobach jego wspierania, a także dostosowania metod, form i środków pracy do potrzeb dziecka i dominującej u niego aktywności. Wszystkie oddziaływania obejmujące wczesne wspomaganie sprowadza do:

- działań, których celem jest zapewnienie dziecku optymalnego rozwoju osobowości, poprzez stworzenie mu odpowiednich warunków życia oraz wychowania w domu i/lub w tych środowiskach wychowawczych, w których aktualnie przebywa. Warunki te powinny uwzględniać zarówno aktualne, jak i potencjalne możliwości psychofizyczne dziecka;
- planowanego i systematycznego organizowania działań ukierunkowujących, dzięki zastosowanym metodom, aktywność dziecka i powalających mu osiągnąć wyższy poziom samodzielnego funkcjonowania w różnych dziedzinach. Rodzaj zastosowanych metod i ich ewentualne modyfikacje powinny być uzależnione nie tylko od wieku dziecka i osiągniętego przez nie poziomu rozwoju poznawczego i społeczno-emocjonalnego, ale również od jego zainteresowań i aktualnie dominującej u niego formy działalności;

105 M. Piszczek, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia,* Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2007, s. 154–155.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– stosowania specjalnych metod stymulowania rozwoju psychoruchowego dziecka i wyrównywania deficytów rozwojowych (stwierdzonych na przykład w rozwoju mowy, percepcji, uwagi i pamięci). Dobór tych metod powinien być poprzedzony szczegółową diagnozą, obejmującą miedzy innymi: wskazanie możliwych zmian w rozwoju psychoruchowym dziecka, określenie przewidywanej dynamiki tych zmian w kolejnych etapach życia dziecka, określenie sytuacji, które mogą być dla dziecka trudne, oraz przewidywanie różnych zachowań w stresujących dla niego sytuacjach.

Autorka podkreśla, że warunkiem efektywności zajęć wczesnego wspomagania rozwoju jest równoczesne stosowanie wszystkich wymienionych działań pomocowych. Ważne jest również odpowiednie zaplanowanie i zorganizowane zajęć, a więc:

– precyzyjne sformułowanie głównych celów zajęć, które planujemy prowadzić z dzieckiem;
– określenie zadań konkretyzujących i umożliwiających osiągnięcie każdego z wyodrębnionych przez nauczyciela celów szczegółowych;
– skonstruowanie programu zajęć i określenie czasu trwania, treści oraz przebiegu poszczególnych zajęć (z uwzględnieniem wieku dziecka, jego aktualnych potrzeb rozwojowych, specyfiki niepełnosprawności, dominującej formy działalności i zainteresowań);
– ustalenie formy realizacji zajęć;
– określenie sposobów i form konsultowania się z innymi specjalistami uczestniczącymi we wspomaganiu rozwoju dziecka i ewentualnie w jego leczeniu;
– wybranie odpowiednich metod i technik pracy oraz niezbędnych pomocy i przyrządów;
– zaplanowanie sposobów uczestniczenia rodziców w różnych zajęciach;
– opracowanie metody analizy i oceny efektów zajęć[106].

Tak określone cele oraz dobrane do nich działania pozwalają na osiągnięcie zamierzonych efektów. Bowiem tylko wczesne wykrycie zaburzeń, dysharmonii czy problemów rozwojowych oraz właściwe zorganizowanie działań wspomagających rozwój umożliwia wyrównanie lub złagodzenie istniejących braków i trudności. Argumentem uzasadniającym rangę wczesnego wspomagania rozwoju jest szczegól-

106 Tamże, s. 155.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

na gotowość małego dziecka do uczenia się podstawowych umiejętności motorycznych, emocjonalnych i społecznych. Badania wskazują, iż około 50% naszych zdolności do nauki kształtuje się do 4. r.ż. – w ciągu czterech lat w mózgu dziecka wytwarza się połowa wszystkich połączeń między komórkami mózgowymi. Kolejnych 30% zdolności uczenia się rozwija się do 8. r.ż.[107].

Z wczesnym wspomaganiem rozwoju wiąże się **wczesna interwencja**. Według E.M. Minczakiewicz[108] „interwencja" to przerwanie, wpłynięcie na lub zmodyfikowanie procesu, najczęściej szkodliwego, w celu zakończenia go albo zmiany jego biegu, by w przyszłości uniknąć lub zmniejszyć negatywne konsekwencje z nim związane. Jest zaplanowanym, wielostronnym, skoordynowanym oddziaływaniem zespołu specjalistów na dziecko zagrożone niepełnosprawnością. Ma za zadanie wstrzymać pogłębianie się zaburzenia, doprowadzić do wyzdrowienia dziecka lub – gdy pełne wyleczenie nie jest możliwe – tak pokierować procesem chorobowym, by zminimalizować jego szkodliwe następstwa. „Wczesna interwencja musi być traktowana jako forma wspomagania i wspierania rozwoju dziecka oparta w warunkach przedszkolnych [...] na zindywidualizowanym procesie edukacji oraz profilaktyce i pomocy psychopedagogicznej"[109]. Pogląd ten znalazł odzwierciedlenie w przepisach prawnych Ustawy o systemie oświaty[110], która określa m.in. funkcjonowanie systemu oświaty, w tym zasady organizacji kształcenia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami oraz podejmowanie wczesnego wspomagania rozwoju małego dziecka od momentu wykrycia niepełnosprawności (przez lekarza lub rodziców zaniepokojonych zaburzeniami normy rozwojowej określonej dla wieku dziecka) w okresie od urodzenia do rozpoczęcia nauki w szkole.

107 Por. G. Dryden, J. Vos, *Rewolucja w uczeniu*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.

108 E.M. Minczakiewicz, *Psychoruchowy rozwój...*, s. 59–61.

109 H. Krauze-Sikorska, *Indywidualizacja...*, s. 325.

110 Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., nr 256, poz. 2572 z późn. zm.), http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042562572; dalsze: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci. Na podstawie art. 71b ust. 7 pkt 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) (dostęp 25.04.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Wczesna interwencja dotyczy dzieci w wieku do lat 7 i może obejmować wczesne oddziaływanie medyczne czy psychopedagogiczne na dziecko, u którego zdiagnozowano takie zaburzenia, jak:

- mózgowe porażenie dziecięce i towarzyszące mu dysfunkcje narządowo-tkankowe, a zwłaszcza narządu ruchu i mowy;
- zagrożenie niepełnosprawnością intelektualną o różnej genezie (np. niepełnosprawność intelektualna uwarunkowana genetycznie, uszkodzeniem okołoporodowym, ostrym epizodem choroby wieku dziecięcego, czynnikami środowiskowymi);
- zaburzenia w zachowaniu się (np. agresywność, nadpobudliwość psychoruchowa, nadmierna nieśmiałość z towarzyszącym jej strachem);
- zaburzenia będące wynikiem pozostałości po przebytych chorobach o podłożu bakteryjnym lub wirusowym (np. stan po zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych lub zapaleniu mózgu);
- wady budowy bądź dysfunkcje narządów zmysłów (np. wzroku czy słuchu);
- zaburzenia psychiczne;
- rozległe zaburzenia rozwojowe, charakteryzujące się zachowaniami o cechach psychotycznych.

Celem podejmowania wczesnej interwencji jest:

- jak najwcześniejsze wykrycie i usunięcie bądź zminimalizowanie zaobserwowanych u dziecka nieprawidłowości rozwoju – czy to za pomocą odpowiednio dobranych zabiegów leczniczych, czy też ćwiczeń usprawniających zaburzone funkcje organizmu, dostosowanych do indywidualnych potrzeb rozwojowych;
- zapobieganie nieprawidłowościom rozwojowym, które można określić dopiero w trakcie diagnozy funkcjonowania dziecka, i stworzenie mu takich warunków, w których może się ono w pełni rozwijać;
- opracowanie i wdrożenie wieloprofilowego programu usprawniania dziecka z diagnozowanymi (czasem wielorakimi) wadami i zaburzeniami rozwoju;
- zorganizowanie wczesnej, najczęściej kompleksowej, rehabilitacji dziecka z objawami czy to fizycznej, czy też intelektualnej niepełnosprawności oraz pomocy rodzinie w jego rehabilitowaniu w warunkach domowych;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– kształtowanie pozytywnych relacji między rodzicami dziecka objętego programem wczesnej interwencji a profesjonalistami.

Na podstawie wyników badań psychologicznych oraz nauk medycznych uznaje się, że czas podjęcia decyzji o rehabilitacji dziecka i wspomaganiu rozwoju determinuje jego szanse edukacyjne i późniejszą drogą życiową. Podstawą doboru odpowiednich form jest opracowanie diagnozy poziomu rozwoju dziecka i na tej podstawie wykazanie potrzeb edukacyjno-rehabilitacyjnych. Proces diagnozowania powinien być przeprowadzony przez zespół orzekający poradni psychologiczno-pedagogicznej[111] i opisany w odpowiednich drukach opinii lub orzeczeń mówiących o potrzebie: zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjnych.

Dla dziecka od urodzenia do podjęcia nauki w szkole poradnia wydaje opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

Teresa Serafin[112], odwołując się do ustaw prawa oświatowego, pisze, że zarówno wczesne wspomaganie dziecka, jak i nauczanie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi we wszystkich typach placówek powinno być dostosowane do predyspozycji, potrzeb i możliwości rozwojowych oraz ograniczeń wynikających z niepełnosprawności dziecka. Wspomaganie rozwoju dzieci niepełnosprawnych ma za zadanie przede wszystkim organizowanie optymalnych warunków do prawidłowego stymulowania ich psychofizycznego rozwoju. Działania specjalistów powinny być prowadzone na podstawie indywidualnych programów wczesnego wspomagania rozwoju i zmierzać do rozwijania potencjalnych możliwości i zdolności, jego kompetencji społecznych przez nawiązywanie współpracy z innymi dziećmi oraz rozwijać poczucie własnej wartości.

Zakres działań wczesnego wspomagania rozwoju w stosunku do dziecka może dotyczyć rozwoju motorycznego, stymulacji polisensorycznej, rozwoju mowy i języka oraz wczesnej terapii logopedycznej, orientacji i poruszania się w przestrzeni, usprawniania widzenia, słu-

111 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Na podstawie art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r., poz. 59 i 949).

112 T. Serafin, *Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych oraz ich rodziny,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 12–13.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

chu, umiejętności samoobsługi i funkcjonowania w środowisku. Zajęcia te mają za zadanie przygotowanie dziecka do maksymalnej samodzielności i dobrego korzystania z zajęć w przedszkolu, a następnie z procesu uczenia w szkole[113]. Zajęcia w ramach wczesnego wspomagania organizuje się w wymiarze 4–8 godzin w miesiącu, w zależności od możliwości psychofizycznych dziecka i jego potrzeb. Są prowadzone indywidualnie z dzieckiem i jego rodziną. W uzasadnionych przypadkach, gdy kilkoro dzieci przejawia te same trudności, zajęcia mogą odbywać się w małych 3–4-osobowych grupach.

Dzieci, u których stwierdzono zaburzenia rozwojowe określonego rodzaju, obejmowane są kształceniem specjalnym. Rozporządzenie[114] określa warunki organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego: 1) niepełnosprawnych: niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, zwanych dalej „uczniami niepełnosprawnymi", 2) niedostosowanych społecznie, zwanych dalej „uczniami niedostosowanymi społecznie", 3) zagrożonych niedostosowaniem społecznym, zwanych dalej „uczniami zagrożonymi niedostosowaniem społecznym" – wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

W przypadku posiadania przez dziecko orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego[115], wydanego przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, opracowywany jest indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET). Podstawą opracowania takiego

113 T. Serafin, *Kształcenie specjalne w systemie oświaty*, Wolters Kluver Polska sp. z o.o., Warszawa 2009, s. 247.

114 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

115 W przypadku dzieci posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wychowaniem przedszkolnym może być objęte dziecko w wieku powyżej 7 lat, nie dłużej jednak niż do końca roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 9 lat; Ustawa z dnia 29 grudnia 2015 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

programu jest wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia. Powinna ona zawierać informacje, które umożliwią prawidłowe skonstruowanie programu, dostosowanie go do wymagań Rozporządzenia oraz potrzeb i możliwości ucznia[116]. Zgodnie z Rozporządzeniem IPET określa zakres i sposób dostosowania odpowiednio programu wychowania przedszkolnego oraz wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem. IPET jest konstruowany dla konkretnego dziecka z określonym rodzajem zaburzenia. Podstawowym warunkiem skonstruowania indywidualnego programu jest dokonanie rzetelnej analizy poziomu funkcjonowania dziecka, a także oceny jego potencjalnych możliwości oraz ewentualnych trudności. IPET realizowany jest na zajęciach obowiązkowych, dodatkowych i nadobowiązkowych, zgodnie z prawem oświatowym[117].

W Rozporządzeniu czytamy: „Program opracowuje zespół, który tworzą nauczyciele i specjaliści, prowadzący zajęcia z uczniem. Zespół opracowuje program po dokonaniu wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia, uwzględniając diagnozę i wnioski sformułowane na jej podstawie oraz zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, we współpracy, w zależności od potrzeb, z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym poradnią specjalistyczną. Program opracowuje się na okres, na jaki zostało wydane orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, nie dłuższy jednak niż etap edukacyjny”[118].

IPET łączy w sobie dwie funkcje: edukacyjną i terapeutyczną. W zakresie funkcji edukacyjnej IPET stanowi adaptację podstawy programowej do indywidualnych możliwości dziecka ze SPE. Jednocześnie gwarantuje mu opanowanie wiadomości i umiejętności przewidzianych programem na danym etapie kształcenia. Szczególną uwagę powinno się zwrócić na wiadomości i umiejętności, które są społecz-

116 B. Boenisch i in., *ABC konstruowania indywidualnych programów edukacyjnych*, MSCDN, Płock 2007, s. 11.

117 Na podstawie materiałów Ministerstwa Edukacji Narodowej, *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały dla nauczycieli*, Warszawa 2010, http://ebookbrowse.com/diagnoza-przedszkolna-pdf-d367549206 (dostęp 23.06.2017).

118 Tamże, s. 3.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

nie i życiowo użyteczne. Funkcja terapeutyczna programu powinna przejawiać się w działaniach nastawionych na wspieranie i stymulowanie rozwoju ucznia, z uwzględnieniem sfery emocjonalnej i interpersonalnej dziecka. Powinna odwoływać się do zasad: podmiotowości i indywidualizacji; oszczędzania zbytecznego wysiłku i aktywizacji terapeutycznej; wyzwalania ekspresji i wzmagania procesu samorealizacji; plastyczności i kompleksowości działania; waloryzacji środowiska rodzinnego[119].

Zalecenia do realizacji IPET:

- IPET powinien być skuteczną odpowiedzią na specjalne potrzeby dziecka;
- specjalne potrzeby są określane na podstawie rozpoznanych możliwości i ograniczeń psychofizycznych dziecka;
- rozpoznanie potrzeb i możliwości dziecka wymaga współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców;
- w IPET określa się indywidualnie zróżnicowane procedury osiągania celów;
- część terapeutyczna IPET ma na celu wspieranie ucznia w osiąganiu sukcesu i powinna zawierać elementy wspomagania, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji oraz rozwijania indywidualnych uzdolnień i predyspozycji;
- IPET powinien być opracowany wspólnie przez nauczycieli i specjalistów, przy akceptacji rodziców;
- należy przyjąć tezę, że IPET jest skuteczny i gwarantuje sukces ucznia z niepełnosprawnością[120].

4.2. Zindywidualizowana ścieżka kształcenia oraz realizacji obowiązkowego przygotowania przedszkolnego

Jedną z form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w myśl nowego Rozporządzenia[121], jest zindywidualizowana ścieżka kształcenia oraz

119 Tamże, s. 168.

120 B. Marcinkowska, *Indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne*, [w:] *Dydaktyka specjalna – w przygotowaniu do kształcenia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Podręcznik akademicki*, red. J. Głodkowska, Wydawnictwo APS, Warszawa 2010.

121 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Na podstawie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

realizacji obowiązkowego przygotowania przedszkolnego. Ta nowa forma pomocy wychodzi naprzeciw potrzebom rozwojowym i edukacyjnym dzieci, które mają istotne trudności w funkcjonowaniu przedszkolnym.

Opinię w sprawie objęcia ucznia pomocą w formie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia mogą wydawać tylko publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Dziecko posiadające opinię o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia lub realizacji rocznego przygotowania przedszkolnego zawsze ma zajęcia z grupą oraz zajęcia indywidualne (w zakresie i proporcjach zgodnych z opinią poradni). Należy zaznaczyć, że forma ta nie dotyczy dziecka z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego[122].

Forma ta jest organizowana dla dzieci, które nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego wspólnie z grupą, z powodu trudności w funkcjonowaniu wynikających z: czasowej lub przewlekłej choroby; zaburzeń w zachowaniu, uniemożliwiających realizację zadań w dużym zespole; zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym, a także innych przyczyn, gdy podjęte wcześniej formy wsparcia w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej okazały się niewystarczające ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz predyspozycje psychofizyczne dziecka[123].

Wprowadzone rozwiązanie wskazuje, że priorytetem działań placówek powinno być dążenie do pełnego, rzeczywistego włączenia i integracji z rówieśnikami dziecka niepełnosprawnego, zarówno przez wspomaganie jego rozwoju, indywidualizację i wspieranie go podczas zajęć z grupą, jak i likwidowanie barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka w grupie rówieśniczej i uczestnictwo w życiu przedszkola[124].

art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

122 H. Derewlana, A. Kacprzak, *Zindywidualizowane ścieżki realizacji obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz kształcenia*, [w:] *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego*, ORE, Warszawa 2017, s. 42.

123 Tamże.

124 R. Cybulska, *Kierunki zmian w zakresie wspierania ucznia w przedszkolu, szkole lub placówce*, [w:] *Uczeń ze specjalnymi potrzebami…*, s. 4.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Hanna Derewlana i Agnieszka Kacprzak[125], przybliżając zasady wprowadzonej zmiany, zwracają uwagę, że bariery/ograniczenia, których doświadcza dziecko, mogą być niwelowane lub eliminowane na terenie przedszkola dwukierunkowo: w ramach zajęć z grupą w integracji ze środowiskiem rówieśniczym oraz indywidualnie z nauczycielem. Jednym z istotnych warunków determinujących w nich udział jest stan zdrowia dziecka, który uniemożliwia uczenie się w przedszkolu. Adresatami tej formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej są np. dzieci z problemami zdrowotnymi, które ograniczają im realizację niektórych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z innymi. Dostosowanie do dzieci optymalnych metod i form pracy oraz warunków związanych z organizacją przestrzeni, okresu objęcia zindywidualizowaną ścieżką, tygodniowego wymiaru zajęć indywidualnych (na podstawie zaleceń zawartych w opinii publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej) ma zoptymalizować i zintensyfikować również działania nakierowane na uzyskanie osiągnięć o charakterze edukacyjnym. Autorki zwracają uwagę, że – zgodnie z założeniami – po zakończeniu udzielanego wsparcia w ramach zindywidualizowanej ścieżki kształcenia oraz zindywidualizowanej ścieżki realizacji rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci nie będą musiały na nowo adaptować się do warunków przedszkolnych, niezakłócony bowiem zostanie proces integracji i uczestnictwa w życiu grupy, budowania relacji koleżeńskich oraz gromadzenia doświadczeń w zakresie uczenia się, wynikających ze wspólnych możliwych dla uczestnika działań edukacyjnych.

5. Umiejętności diagnostyczne nauczyciela

Zgodnie z Rozporządzeniem[126] ważną zasadą diagnozy jest interpretowanie zdarzeń w przedszkolu z udziałem dziecka pod kątem ich zna-

125 H. Derewlana, A. Kacprzak, *Zindywidualizowane ścieżki*..., s. 40–41.

126 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz. U. z 2009 r. nr 4, poz 17, http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090040017 (dostęp 22.07.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

czenia dla jego rozwoju. Celem tej analizy jest wskazanie umiejętności, które trzeba rozwinąć, usprawnić, oraz takich, na których można oprzeć wspomaganie dziecka. Stanowi ona dla nauczyciela przedszkola podstawę do właściwego planowania i organizowania pracy, ponieważ ma on obowiązek opracować i zrealizować indywidualny program wspomagania i korygowania rozwoju dla każdego dziecka, które tego potrzebuje.

Istotnym czynnikiem poprawności przeprowadzanej diagnozy stają się zatem kompetencje diagnostyczne nauczyciela. Elżbieta Płóciennik[127] oraz Irena Czajkowska i Kazimierz Herda[128] dowodzą, że nauczyciel przedszkola dokonujący diagnozy dziecka powinien posiadać takie kompetencje, jak: spostrzegawczość, umiejętność analizy, opisu i interpretacji zachowań dziecka oraz zachodzących zmian pod wpływem oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych w odniesieniu do jednostki oraz grupy. Powinien też wykazywać się umiejętnością doboru odpowiednich technik identyfikacji umiejętności, kompetencji, zdolności i trudności dziecka w wieku przedszkolnym. Danuta Wosik-Kowali i Teresa Zubrzycka-Maciąg[129] dodają: umiejętność wnikliwego poznania sytuacji dziecka, odkrywania tego, co się z nim dzieje, rozpoznawania pierwszych symptomów pojawiających się zaburzeń w procesie rozwoju i wychowania, ich charakteru i przyczyn oraz poszukiwania najlepszych sposobów niwelowania trudności. Hanna Krauze-Sikorska[130] z kolei zaznacza, że zakres kompetencji nauczyciela nie obejmuje tylko wiedzy i umiejętności, ale również postawę, która powinna być ukierunkowana na poznanie dziecka, jego wielostronną ocenę, charakteryzującą się określonym potencjałem, doświadczeniami, funkcjonowaniem w określonym środowisku.

127 E. Płóciennik, *Diagnoza pedagogiczna jako informacja o poziomie opanowania czynności przez dziecko w wieku przedszkolnym,* [w:] *Teraźniejszość i przyszłość oceniania szkolnego,* red. B. Niemierko, M.K. Szmigel, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Edukacyjnej, Toruń 2010, s. 269.

128 I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne…,* s. 84–86.

129 D. Wosik-Kowali, T. Zubrzycka-Maciąg, *Kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne nauczyciela,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 7–9.

130 H. Krauze-Sikorska, *Protodiagnoza pedagogiczna jako warunek konieczny wspomagania i wspierania rozwoju dziecka rozpoczynającego edukację szkolną,* [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w edukacji dziecka*, red. E. Marek, J. Łuczak, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2010, s. 51–61.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

S. Włoch i A. Włoch[131] również podkreślają, że nauczyciel, który chce zrozumieć dziecko, wyrównać jego braki, powinien skoncentrować się na dziecku, jego doświadczeniach, umiejętnościach, sposobie myślenia, dostrzegania dziecka jako osoby kompetentnej w zakresie doświadczeń, jego trudności i zaniedbań. Wynika to z omówionych w rozdziale pierwszym i drugim celów diagnozy, do których należy zebranie informacji o indywidualnym rozwoju dziecka i jego funkcjach poznawczo-motorycznych, fizycznych, społeczno-emocjonalnych. Zebranie informacji umożliwia określenie poziomu oraz ustalenie sfery najbliższego rozwoju poszczególnych funkcji, wykaże braki i zaniedbania, a jednocześnie pozwoli na opracowanie programu terapeutycznego, który pomoże dziecku w podejmowaniu działań przy rozwiązywaniu trudności i niepowodzeń, a w konsekwencji osiąganie efektów.

Nauczyciel powinien jednak pamiętać, że w czasie diagnozowania poziomu rozwoju dziecka musi wziąć pod uwagę, poza wspomnianymi funkcjami, inne formy jego aktywności. Należy do nich zaliczyć: swobodne werbalne i niewerbalne wypowiedzi dziecka, zadawanie pytań i udzielanie przez dziecko odpowiedzi, zachowanie dziecka podczas różnych form aktywności, wypełnianie powierzonych zadań, samoocenę i interpretację zachowania innych, bezpośrednie kontakty z rówieśnikami i dorosłymi, radzenie sobie w sytuacjach stresowych i problemowych, umiejętność współpracy w grupie, umiejętność wyrażania swoich potrzeb, rozpoznawania i radzenia sobie z emocjami.

Trudno nie zgodzić się ze stanowiskiem S. Włoch i A. Włoch[132], że nauczyciel, który chce zrozumieć dziecko, wspomagać jego rozwój, wyrównywać braki i zaniedbania, powinien położyć nacisk na jego wszechstronne poznanie, czyli sposób myślenia, odczuwania, rozwiązywania problemów, jego trudności i zaniedbania. Istotną rolą nauczyciela staje się poznanie dziecka i udzielenie odpowiedzi na pytania: Kim dziecko jest? Jaki ma zasób wiedzy, doświadczeń i umiejętności? Jakie przejawia zdolności i zainteresowania? Ku czemu dąży? Z jakiego środowiska pochodzi? Jakie przejawia trudności i problemy? Jakie występują zaniedbania i mikrouszkodzenia?

W związku z powyższym analiza materiału diagnostycznego nie powinna odwoływać się tylko do standardów sformułowanych w pod-

131 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa*…, s. 22.

132 Tamże.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

stawie programowej[133], ale także do obserwowalnych zachowań dziecka w otaczającej go rzeczywistości oraz do przejawianych przez dziecko umiejętności, kompetencji i zdolności[134]. Nauczyciel prowadzący obserwację winien posiadać umiejętność „koncentracji uwagi, bycia cierpliwym, czujnym, wrażliwym oraz odpowiedzialnym. Musi też zdawać sobie sprawę z tego, że nie może ingerować w naturalny przebieg zjawisk, które chce zbadać oraz wywoływać określonego działania. Celowe stwarzanie sytuacji trudnych dla dziecka lub nakłanianie go do działań, których wykonania odmawia, zniekształci obraz jego kompetencji i możliwości"[135].

Szczególne miejsce w procesie diagnozowania zajmuje umiejętność obserwacji zachowań dzieci w bezpośrednim, codziennym z nimi kontakcie. Ma to na celu ustalenie ich kompetencji oraz szybkie wykrycie ewentualnych odchyleń lub zaburzeń rozwojowych. Przed przystąpieniem do obserwacji zachowań dziecka dobry obserwator powinien odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

- Co chcę obserwować, tzn. na jakie pytanie poszukuję odpowiedzi (pytanie o problem)?
- Co muszę wiedzieć na ten temat? Co w związku z tym przeczytać?
- Jakie obserwowane zachowania pozwolą mi wnioskować o zaistnieniu interesującego mnie zjawiska?
- Jakiego rodzaju obserwacja będzie najbardziej odpowiednia?
- Od kiedy zacznę obserwację, kiedy i jak długo będę obserwować, w jaki sposób będę rejestrować[136] zaobserwowane zachowania?
- W jaki sposób będę analizować otrzymane dane (jakościowy, tzn. rodzaje, kolejność zachowań, czy ilościowy, tzn. liczbę, wielkość, natężenie, częstość zachowań)?

133 *Podstawa programowa wychowania przedszkolnego*, https://podstawaprogramowa.pl/Przedszkole (dostęp 21.12.2017).

134 E. Płóciennik, *Diagnoza pedagogiczna*..., s. 273.

135 *Diagnoza przedszkolna*, Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2011, s. 22, http://cen.bydgoszcz.pl/magazyn/diagnoza_przedszkolna.pdf (dostęp 11.07.2017).

136 Narzędzia badawcze, najczęściej stosowane przez nauczycieli przedszkoli w celu dokumentowania obserwacji, spostrzeżeń, uwag i opinii, to: arkusz obserwacji dziecka, dzienniczki/zeszyty obserwacji, nauczycielskie notatki.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– W jaki sposób będę interpretować, tzn. wyjaśniać, dane z obserwacji – na podstawie wiedzy psychologicznej, metodycznej czy pedagogicznej?
– Jakie wnioski z obserwacji wynikają dla mojej przyszłej pracy z dziećmi?[137].

Nauczyciele dokonują obserwacji i analizy funkcjonowania dzieci: podczas zabaw indywidualnych i zespołowych, w trakcie czynności samoobsługowych, podczas wykonywania zadań indywidualnie i w grupie oraz w sytuacjach, gdy muszą się one wykazać sprawnością ruchową[138].

Ze względu na rzetelność prowadzonej obserwacji wyklucza się ingerencję osoby prowadzącej badanie w naturalny przebieg zjawisk, które chce zbadać. W przedszkolach i innych formach wychowania przedszkolnego obserwacją obejmuje się wszystkie dzieci we wszystkich sferach rozwoju. Obserwowane dziecko nie może wiedzieć, że jego zachowanie jest przedmiotem badań, gdyż wtedy nie będzie ono naturalne.

Jak podaje Elżbieta Jezierska-Wiejak[139], dzięki codziennej obserwacji dziecka na tle innych dzieci nauczyciel ma możliwość wykrycia braków, opóźnień, dysharmonii rozwojowych, trudności w przyswajaniu wiedzy oraz zaburzeń zachowania. B. Skałbania[140] zaznacza, że obserwacja pozwala nauczycielowi wcześnie rozpoznać problemy dziecka związane z jego funkcjonowaniem w relacji z nauczycielem, rówieśnikami, w sytuacjach trudnych, w czasie wolnym czy pracy zespołowej. Obserwowanie pracy i funkcjonowania dziecka dostarcza ważnych informacji. Taka obserwacja, jak podają autorki, daje możliwość postawienia wstępnej, hipotetycznej, diagnozy, która następnie powinna być potwierdzona szczegółowymi interdyscyplinarnymi badaniami dziecka, u którego zaobserwowano trudność. Wczesne zaobserwowanie i rozpoznanie zaburzeń pozwala na zapewnienie właści-

137 M. Karwowska-Struczyk, W. Hajnicz, *Obserwacja w poznawaniu dziecka*, WSiP, Warszawa 1998, s. 29.

138 E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Jak prowadzić obserwacje dzieci, interpretować wyniki i formułować wnioski,* CEBP, Kraków 2011, s. 25.

139 E. Jezierska-Wiejak, *Wspomaganie rozwoju małego dziecka*…, s. 143–146.

140 B. Skałbania, *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 77.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wej opieki terapeutycznej, ponieważ specjalistyczna pomoc udzielona w odpowiednim czasie może znacznie zminimalizować niepowodzenia dziecka i związane z tym sytuacje stresowe. Umożliwia również dobór najskuteczniejszych metod postępowania. Nauczyciel musi również mieć świadomość tego, że postawienie diagnozy nie oznacza końca jego pracy, ale początek długofalowego i systematycznego procesu terapeutycznego. Konieczne jest więc ciągłe weryfikowanie dokonanych obserwacji, by na podstawie aktualnych problemów wyznaczać nowe kierunki oddziaływań terapeutycznych.

W zależności od potrzeb nauczyciel wykorzystuje obserwację jednostkową, kontrolowaną, bezpośrednią, naturalną lub aranżowaną. Nastawione są one na dokładne poznanie dziecka w celu określenia poziomu jego rozwoju, rozpoznania ewentualnych zaburzeń oraz nakreślenia działań wspierających. Ze względu na czas, w odniesieniu do obserwowanego zjawiska, zaleca się obserwację ciągłą, fotograficzną, próbek zdarzeń i próbek czasowych.

Znaczenie i skuteczność obserwacji, jako ważnego elementu diagnozy funkcjonowania dziecka w środowisku przedszkolnym, podkreślają również Edyta Gruszczyk-Kolczyńska i Ewa Zielińska[141]. Autorki skupiają się na umiejętnościach nauczyciela koniecznych do pracy tą metodą. Zaznaczają, że prawidłowo przeprowadzona obserwacja powinna być poparta wiedzą (również na temat dziecka) oraz odnosić się do kontekstu sytuacyjnego, z uwzględnieniem tego, co było wcześniej i później. Podkreślają, że nieumiejętnie prowadzona obserwacja prowadzi do nieporozumień i fałszywych wniosków[142].

Wiedza, jaką posiada nauczyciel, staje się zatem wyznacznikiem poprawności całego procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Po-

141 E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Nauczycielska diagnoza*..., s. 24–29.

142 Podważają zasadność przeprowadzania obserwacji swobodnego zachowania dziecka. W opinii autorek, by obserwacja miała znaczenie diagnostyczne, powinna być przeprowadzana przez dłuższy czas i skupiać się tylko na jednym dziecku i jego reakcjach w podobnych sytuacjach. W rzeczywistości przedszkolnej nie jest to możliwe, ponieważ nauczyciel musi zajmować się wszystkimi dziećmi w grupie. Podkreślają natomiast znaczenie obserwacji w warunkach eksperymentu naturalnego (diagnostycznego), gdy celowo organizuje się sytuacje, np. zadaniowe, i obserwuje jednocześnie wszystkie dzieci i każde z osobna. W czasie przeprowadzania takiego eksperymentu konieczna jest obecność drugiej osoby, E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Nauczycielska diagnoza*..., s. 28.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

parta umiejętnością obserwowania, analizą spostrzeżeń, a następnie profesjonalnym, świadomym i systematycznym działaniem, pozwala w znacznym stopniu uchronić dziecko przed poważnymi konsekwencjami dysharmonii i zaburzeń rozwojowych. Nauczyciel postrzegany jest bowiem jako kompetentna osoba diagnozująca. Jego profesjonalna oraz interdyscyplinarna diagnoza przesądza o pozytywnych wynikach podjętych działań terapeutycznych. S. Włoch[143] dowodzi, że nauczyciel diagnozujący dziecko powinien posiadać dogłębną wiedzę z psychologii, pedagogiki społecznej, diagnozy. Wiedza powierzchowna ogranicza bowiem możliwość poprawnego przeprowadzenia diagnozy.

W związku z powyższym zasadne staje się oczekiwanie, by nauczyciele posiadali taki zakres wiedzy, który będzie im umożliwiał zaobserwowanie odchyleń, skonsultowanie ich ze specjalistami oraz przeprowadzenie zalecanych ćwiczeń. Nauczyciele powinni nie tylko znać prawidłowości w rozwoju dziecka, ale także orientować się w przyczynach i patomechanizmach najczęściej występujących zaburzeń[144]. Znajomość zaburzeń ułatwia bowiem „poznawanie dziecka, jest warunkiem prawidłowego diagnozowania, tworzenia prawidłowych sytuacji do wspomagania rozwoju, względnie kompensowania deficytów”[145].

Dokształcanie się i doskonalenie swojego warsztatu pracy jest obowiązkiem nauczyciela. Mówi o tym również zapis w Karcie Nauczyciela: „Nauczyciel obowiązany jest rzetelnie realizować zadania związane z powierzonym mu stanowiskiem oraz podstawowymi funkcjami szkoły: dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą; wspierać każdego ucznia w jego rozwoju oraz dążyć do pełni własnego rozwoju osobowego”[146]. Kluczem do skutecznego wypełniania zadań przez nauczyciela

143 S. Włoch, *Diagnoza całościowa wskaźnikiem…*, s. 66.

144 W tym wieku najczęściej podlegają diagnozie: ADHD, ADD, zespół Aspergera, zaburzenia logopedyczne, zaburzenia integracji sensorycznej (SI), ryzyko dysleksji. U dzieci, które pierwszy rok przychodzą do przedszkola, ujawniają się problemy adaptacyjne, problemy z funkcjonowaniem w grupie, często zachowania, które nie są akceptowane społecznie, trudności emocjonalne. Znajomość faz rozwoju sensoryczno-motorycznego dziecka oraz zmian, które w ich czasie zachodzą, pozwala na skuteczną interwencję.

145 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa…*, s. 38.

146 Ustawa z 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. nr 97, poz. 674, z późn. zm.), http://www.infor.pl/dziennik-ustaw,rok,2006,nr,97,poz,674,ujednoliconyustawa-karta-nauczyciela.html (dostęp 12.02.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

jest zatem ustawiczne doskonalenie się. Wiedza teoretyczna poparta umiejętnościami praktycznymi pozwala na wczesne zaobserwowanie i zdiagnozowanie zaburzenia oraz podjęcie odpowiednich kroków w celu zmniejszenia trudności i odchyleń od przyjętych norm.

W procesie diagnostycznym niezwykle ważną rolę odgrywa też postawa nauczyciela. Taką zalecaną postawą, wspierającą rozwój dzieci i młodzieży, jest postawa facylitatorska[147] (łac. *facylitate* – ułatwiać, wspierać), w której działania nauczyciela mają na celu: wyzwalać ciekawość, pozwalać jednostkom poszukiwać w różnych i nowych kierunkach, kierować się przy tym własnymi zainteresowaniami, uwalniać zmysł dociekania, pozostawiać swobodę dla pytań i indywidualnych poszukiwań, uznawać nieustanność procesów zmian. Wszystko to powinno odbywać się w atmosferze sprzyjającej szczerości, autentyzmowi, zaufaniu, empatycznemu zrozumieniu[148]. Wynikiem takiej postawy jest zaufanie, którym dziecko obdarza nauczyciela. Zaufanie z kolei jest czynnikiem, który w sposób decydujący wpływa na poznanie dziecka oraz umożliwia podjęcie stosownych kroków w celu udzielenia profesjonalnej pomocy. Dziecko, które ufa nauczycielowi, chętnie współpracuje, udziela odpowiedzi na pytania, które nauczyciel do niego kieruje, wykonuje ćwiczenia oraz zadania przez niego postawione. Z kolei brak zaufania powoduje, że dziecko nie jest skore do współpracy, poszukiwań, ekstrapolacji. Każde postawienie go w sytuacji zadaniowej skutkuje niechęcią, upartością, nieuzasadnionym sprzeciwem (nie, bo nie), brakiem ciekawości poznawczej. Przekłada się to na jakość procesu diagnostycznego prowadzonego przez nauczyciela w przedszkolu.

Wypracowanie zaufania dzieci jest niezwykle trudnym zadaniem. Wymaga taktu, cierpliwości, szczerego zainteresowania problemami, z których dziecko się zwierza. Dziecko jest wnikliwym obserwatorem i każdy gest, niestosowna do sytuacji mimika czy brak kontaktu wzrokowego odbierane są przez nie jako brak zainteresowania i powodują natychmiastowe wycofanie, a w sytuacjach skrajnych zamknięcie się

147 Postawa ta jest zbieżna z ideą wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, w myśl której nauczyciel nie powinien skupiać się na edukacji dziecka, lecz na wspieraniu i stymulowaniu jego rozwoju w odniesieniu do jego zainteresowań i aktualnie przejawianej aktywności.

148 M. Zalewska-Bujak, *Profil zawodowy nauczyciela wspierającego rozwój dzieci na etapie edukacji wczesnoszkolnej,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci*…, s. 95.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

w sobie. Dziecko bardzo poważnie podchodzi do tego, co nauczyciel mówi i jak się zachowuje. Dlatego należy pamiętać, że na powodzenie i poprawność przeprowadzenia całego procesu diagnostycznego nakładają się nie tylko umiejętności nauczyciela, poprawność zastosowania dostępnych narzędzi, ale również jego postawa, która niestety może okazać się istotnym inhibitorem tego procesu.

Przy wykonywaniu diagnozy niezbędna jest również aktywna współpraca nauczyciela z rodzicami czy opiekunami dziecka. Podstawą współpracy na linii nauczyciel – rodzic jest umiejętność nawiązania dialogu i porozumienia, których efektem jest uzyskanie informacji na temat funkcjonowania dziecka w środowisku rodzinnym.

W rozumieniu W. Okonia[149] dialog jest formą likwidowania konfliktów za pośrednictwem wymiany zdań przez dwie strony i poszukiwania wspólnego stanowiska. Dialog wymaga zrozumienia przedmiotu dialogu oraz racji obu stron, a zarazem przezwyciężenia postawy egoistycznej. Joanna Rutkowiak[150] stwierdza, że dialog jest warunkiem możliwości rozumienia, co oznacza permanentne poszukiwanie nowych sensów i znaczeń, a także odtwarzanie znaczeń już ustalonych. W pedagogice rozumienie dotyczy przedmiotów, symboli, całości, faktów szczegółowych i rozumienia człowieka. Dialog i wynikła z niego relacja wyraża się we wzajemnym poznaniu, dzieleniu się doświadczeniami, empatycznym powiązaniu, wspólnymi odniesieniami semantycznymi, które zapewniają bezpieczne rozumienie i interpretację okoliczności. Tak rozumiany dialog pomiędzy nauczycielem i rodzicem/opiekunem pozwala zwrócić uwagę na różnice w zachowaniach dziecka w środowisku szkolnym i domowym, określić ich ewentualne przyczyny i ustalić wspólny front działań. Metoda dialogu przynosi obopólne korzyści. Fiona Chandler[151] zaznacza, że nauczyciel nieustannie śledzi zachowanie dziecka, dlatego też rodzice powinni pozostawać w ciągłym kontakcie z nim i w razie jakichkolwiek wątpliwości prosić go o wyjaśnienie i poradę. Rodzice/opiekunowie dostarczają również niezbędnych informacji, które mogą tłumaczyć

149 W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1996, s. 53.

150 J. Rutkowiak, *Dialog jako warunek możliwości rozumienia,* „Ruch Pedagogiczny" 1989, nr 5–6, s. 39.

151 F. Chandler, *Pomagamy dziecku w nauce czytania i pisania,* Wydawnictwo Publicat, Poznań 2008, s. 82.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

przyczyny określonych zachowań czy reakcji dziecka, lęków, ulubionych zajęć, umiejętności i zainteresowań. Obowiązkiem nauczyciela z kolei jest przekazywanie informacji zwrotnej rodzicom/opiekunom o obserwowanych zachowaniach w przedszkolu i postępach dziecka. Umiejętnie prowadzony dialog sprzyja udzielaniu efektywnego wsparcia, którego rodzice niejednokrotnie bardzo potrzebują.

Podsumowując, należy podkreślić, że zachowanie i rozwój dziecka jest wypadkową wielu zmiennych – ogólnego poziomu rozwoju psychofizycznego, warunków rozwojowo-wychowawczych w rodzinie, wchodzenia kilkulatka w interakcje z otoczeniem społecznym, a także zdarzeń zachodzących w bliższym i dalszym środowisku.

Negatywne zachowania dziecka w grupie społecznej lub obserwowane odchylenia w rozwoju psychofizycznym są powodem podjęcia diagnozy. Wnikliwa analiza jej wyników pozwala na poznanie możliwości i umiejętności dziecka, jego zaburzeń, dysharmonii, opóźnień czy trudności oraz umożliwia określenie kierunków jego rozwoju. Materiał diagnostyczny jest podstawą do opracowania szczegółowych planów korekcyjno-kompensacyjnych dostosowanych do indywidualnych możliwości dziecka oraz wybrania odpowiednich metod i technik pracy. Zgromadzone w ten sposób informacje umożliwiają również ewentualne podjęcie współpracy ze specjalistami i tym samym całościowe ujęcie/objęcie dziecka terapią/pomocą. Biorąc pod uwagę konieczność stymulowania wszechstronnego rozwoju dziecka oraz szeroko propagowaną indywidualizację w podejściu do dziecka i jego trudności czy problemów[152], należy ocenić jego indywidualny rozwój, możliwości i umiejętności. Takie poznanie daje nam kompleksowa diagnoza.

Przedszkole powinno zapewnić każdemu dziecku optymalne warunki rozwoju. Nauczyciel jest obowiązany dostosować wymagania edukacyjne do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych dziecka, u którego stwierdzono zaburzenia, opóźnienia rozwojowe czy specyficzne trudności w uczeniu się. Wiąże się to również ze współpracą nauczycieli z innymi specjalistami pracującymi z dzieckiem. Takie działania pozwalają na kompleksowe objęcie go terapią. W ten sposób, poprzez wzajemne wzmacnianie oddziaływań terapeu-

152 W. Okoń, *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003; S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa*…; B. Wilgocka-Okoń, *Gotowość szkolna*…

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

tycznych, można maksymalnie stymulować rozwój dziecka, zakres wiedzy i umiejętności oraz zapobiec wtórnym dysfunkcjom i nieprawidłowościom rozwojowym. Profesjonalne wsparcie przekłada się też na funkcjonowanie społeczne dziecka, a także przyczynia do stwarzania mu równych szans rozwoju.

Należy pamiętać, że w pokonywaniu wszelkiego rodzaju trudności rozwojowych bardzo ważne jest zapewnienie dziecku warunków do prawidłowego rozwoju poczucia własnej wartości oraz pozytywnego postrzegania samego siebie. Należy zwracać baczną uwagę na to, by dziecko czuło się pełnowartościowe, zintegrowane z grupą rówieśniczą poprzez zaangażowanie we wszystkiego rodzaju aktywności zgodne z jego indywidualnymi możliwościami[153].

6. Prawidłowy rozwój dziecka jako warunek gotowości szkolnej

Zgodnie z Rozporządzeniami MEN z dnia 18 stycznia 2017 r.[154] oraz z dnia 14 lutego 2017 r.[155] z początkiem roku poprzedzającego rozpoczęcie przez dziecko nauki w klasie I szkoły podstawowej należy przeprowadzić analizę gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole (diagnoza przedszkolna). Celem takiej analizy jest zgromadzenie informacji, które mogą pomóc:

- rodzicom w podjęciu decyzji o rozpoczynaniu spełniania obowiązku szkolnego przez dziecko;
- nauczycielowi przedszkola oraz innej formy wychowania przedszkolnego opracowaniu indywidualnego programu wspomagania i korygowania rozwoju dziecka, który będzie realizowany w roku poprzedzającym rozpoczęcie nauki w szkole podstawowej, a w przypadku dziecka posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – zespołowi nauczycieli i specjalistów

153 A. Potempa, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem w Finlandii – ogólny dobrostan dziecka i rodziny, rozwój i nauka,* [w:] *Edukacja (dla) dziecka*…, s. 153.

154 Rozporządzenie MEN z dnia 18 stycznia 2017 r. w sprawie świadectw, dyplomów i innych druków szkolnych, Dz. U. z 2017 r. poz. 170 z późn. zm.

155 Rozporządzenie MEN z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych oraz innych form wychowania przedszkolnego, Dz. U. z 2017 r. poz. 356.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

w opracowywaniu lub modyfikowaniu indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego;
– pracownikom poradni psychologiczno-pedagogicznej przeprowadzającym, w razie potrzeby związanej ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, pogłębioną diagnozę dziecka[156].

Zgodnie z zaleceniami MEN obowiązkiem każdego nauczyciela jest:
– przeprowadzenie i dokumentowanie obserwacji pedagogicznych mających na celu poznanie możliwości i potrzeb rozwojowych dzieci,
– przeprowadzenie analizy i podsumowanie obserwacji przeprowadzonych na przełomie października i listopada, tak zwanej diagnozy przedszkolnej, w celu ocenienia gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej,
– na podstawie zgromadzonych wyników diagnozy – opracowanie i zrealizowanie indywidualnego programu wspomagania i korygowania rozwoju dziecka (celem takiej analizy jest także przekazanie rodzicom informacji o poziomie gotowości szkolnej ich dzieci),
– na podstawie dokumentacji obserwacji pedagogicznych i ich analizy, w terminie do końca kwietnia wydanie rodzicom informacji o gotowości ich dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej (wzór dokumentu: Informacja o gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej zawarty jest w Rozporządzeniu MEN z dnia 18 stycznia 2017 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych)[157].

Diagnozę gotowości szkolnej dziecka warto rozłożyć na kilka etapów. Jolanta Wasilewska[158] proponuje ich osiem. Mogą one następować kolejno po sobie lub być realizowane jednocześnie.

156 *Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli oraz innych form wychowania przedszkolnego*, https://men.gov.pl/wp-content /.../02/zalacznik-nr-1-wychowanie-przedszkolne.docx (dostęp 26.12.2017).

157 http://www.edukacja.edux.pl/p-35690-diagnoza-gotowosci-szkolnej.php (dostęp 26.12.2017).

158 J. Wasilewska, *Diagnoza przedszkolna w roku 2017/2018*, na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 14 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 356), https://www.experto24.pl/oswiata/nadzor-pedagogiczny/diagnoza-przedszkolna-w-roku-szkolnym-2017-2018.html#.WkNnhtJy7IU (dostęp 26.12.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Etap pierwszy to gromadzenie informacji o dziecku od rodziców oraz na podstawie dokumentacji z poradni specjalistycznych, jeśli dziecko było pod ich opieką. Głównym jednak zadaniem nauczycieli jest prowadzenie obserwacji pedagogicznej dziecka w czasie pobytu w przedszkolu, podczas zajęć z całą grupą, w trakcie zabaw, czynności samoobsługowych itp. Etap drugi to objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Jeszcze w trakcie trwania diagnozy wstępnej nauczyciele, po rozpoznaniu predyspozycji i problemów dziecka, rozpoczynają udzielanie mu pomocy psychologiczno-pedagogicznej w trakcie bieżącej pracy. Wśród form udzielania takiej pomocy w przedszkolu pojawiają się, zgodnie z nowym Rozporządzeniem[159], zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne. Etap trzeci to podsumowanie wstępnej diagnozy i rozmowa z rodzicami. W praktyce przedszkolnej przyjęło się, że diagnozę wstępną podsumowuje się najpóźniej do końca października, aby jak najszybciej udzielić dziecku niezbędnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej i zaplanować pracę wychowawczo-dydaktyczną w sposób zindywidualizowany, dostosowany do potrzeb i możliwości dziecka. Etap czwarty powinien obejmować ewentualne zwrócenie się do poradni psychologiczno-pedagogicznej, jeśli pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana w przedszkolu nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Etap piąty to powtórna diagnoza pedagogiczna, która w przypadku dzieci mających rozpocząć edukację w klasie I określa ich gotowość szkolną. Etap szósty to sporządzenie informacji o gotowości do podjęcia nauki w szkole podstawowej. Nauczyciele sporządzają ją do końca kwietnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym dziecko ma obowiązek albo może rozpocząć naukę w szkole podstawowej. Informację o gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej wydaje się na podstawie dokumentacji prowadzonych obserwacji pedagogicznych dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym w danym przedszkolu. Etap siódmy to podpisanie informacji przez dyrektora placówki, z kolei etap ósmy to przekazanie informacji rodzicom. Rodzice otrzymują informację i – jeśli uznają, że zawarte w niej uwagi mogą pomóc w dalszej pracy

159 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949) (dostęp 26.12.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

z dzieckiem oraz wspomaganiu jego rozwoju – przekazują ją szkole, w której dziecko rozpocznie naukę. Natomiast szkoła nie ma prawa żądać od rodziców udostępnienia informacji o gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej.

Aby dziecko prawidłowo zafunkcjonowało w środowisku szkolnym, musi wykazać się szeregiem umiejętności związanych z wymaganiami rozwojowymi. Zbadaniu poziomu ich osiągnięcia i tym samym ocenie gotowości szkolnej dziecka ma służyć właśnie wspomniana diagnoza przedszkolna.

Sam termin „gotowość szkolna" (czy też „dojrzałość szkolna") oznacza „poziom rozwoju fizycznego, intelektualnego i społecznego dziecka, umożliwiający mu udział w życiu szkolnym, opanowanie wiadomości, umiejętności i nawyków określonych programem nauczania klasy I"[160]. Stefan Szuman[161] utożsamił ocenę dojrzałości szkolnej ze znajomością rozwoju dziecka przychodzącego do szkoły oraz potrzebą ustalenia stopnia jego rozwoju i dojrzałości w poszczególnych zakresach poznawczego i społecznego rozwoju. Barbara Wilgocka-Okoń[162] rozumie gotowość szkolną jako proces i efekt współdziałania aktywności dziecka i aktywności dorosłych tworzących warunki do uczenia się, jako efekt interakcji, „współgry" właściwości dziecka i właściwości szkoły. Szwedzki psycholog Boo Johansson w toku badań wyróżnił czynniki warunkujące dojrzałość szkolną, wiążące się z: rozwojem werbalnym, dojrzałością społeczno-emocjonalną, czynnościami motorycznymi, umiejętnością przystosowania się do warunków szkolnych, niewerbalnymi czynnikami poznawczymi[163]. Zauważył także, że dziewczynki szybciej niż chłopcy osiągają dojrzałość szkolną, szczególnie emocjonalną i społeczną, oraz wykazał znaczącą korelację z postawą rodziców wobec szkoły.

Powszechnie przyjętym i ważnym kryterium wskazującym, że dziecko jest przygotowane do rozpoczęcia nauki w szkole, jest „jego zainteresowanie liczbami i literami, czytaniem, pisaniem lub liczeniem. Takie zainteresowanie przejawia się na przykład tym, że dziec-

160 E. Wysocka, *Dojrzałość szkolna*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku,* T. 1, A–F, red. T. Pilch, Wydawnictwo Naukowe Żak, Warszawa 2003, s. 722–723.

161 S. Szuman, *Badania nad rozwojem apercepcji reprodukcji prostych kształtów u dzieci*, Polskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Poznań 1927.

162 B. Wilgocka-Okoń, *Gotowość szkolna…*, s. 12.

163 Za: B. Wilgocka-Okoń, *Gotowość szkolna…,* s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

ko pisze swoje imię, przygotowuje kartkę z życzeniami lub «bazgrze» coś na pojedynczych kartkach, udając, że potrafi pisać”[164]. Wskazane zainteresowania i niejednokrotnie nabyte już w tym zakresie umiejętności stają się jednak coraz bardziej dyskusyjne i w przypadku dzieci pięcioletnich nie przesądzają o ich gotowości szkolnej. Znamienne natomiast staje się osiągnięcie przez dziecko dojrzałości emocjonalnej, którą Maria Tyszkowa tłumaczy jako „z jednej strony swoistą odporność na niszczące zachowania pomimo zauważenia trudności połączonych z odczuwaniem emocji negatywnych, z drugiej – jako zdolność osoby do kontrolowania swoich procesów emocjonalnych”[165]. Wymiernikiem dojrzałości emocjonalnej jest zdolność do samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych i problemowych. To również zdolność do wykazania się samodzielnością, wytrwałością i dokładnością w czasie wykonywania zadań w szkole. Dziecko będzie sobie radziło z wymaganiami stawianymi przez szkołę, „jeśli już wcześniej będzie wykonywało samodzielnie jakieś obowiązki codzienne. Powinno też potrafić poradzić sobie, gdy coś się nie powiedzie lub umieć poprosić kogoś o pomoc”[166].

Okazuje się bowiem, że wiele dzieci, pomimo osiągniętych umiejętności szkolnych, wykazuje się niskim poziomem dojrzałości emocjonalnej. Dzieci takie reagują nieadekwatnie do zaistniałych sytuacji, są infantylne, płaczliwe, krnąbrnością lub atakami histerii próbują wymuszać na nauczycielu zainteresowanie lub lepsze stopnie, postawione przed sytuacją trudną przejawiają objawy somatyczne, np. bóle brzucha, wymioty, biegunkę[167]. Często wynika to z ich braku umiejętności pokonywania trudności, ciągłej potrzeby pochwał, aprobaty, nieustannego zainteresowania i skupiania uwagi nauczyciela na sobie. W momencie, gdy odczuwają braki w tym zakresie, zaczynają przejawiać zachowania, które można uznać za nieakceptowane społecznie.

164 F. Meinders-Lücking, S. Loy, *Czy moje dziecko osiągnęło dojrzałość szkolną?*, Jedność, Kielce 2009, s. 28.

165 Za: E. Gruszczyk-Kolczyńska, *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki,* WSiP, Warszawa 1994, s. 120.

166 F. Meinders-Lücking, S. Loy, *Czy moje dziecko*…, s. 30.

167 M. Skura, M. Lisicki, D. Sumińska, *Przed progiem. Jakie umiejętności są potrzebne do rozpoczęcia nauki w klasie pierwszej i jak je rozwijać?,* Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014; A. Jałowiecka, *Charakterystyka typowych zaburzeń rozwojowych*…

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Również sytuacje, które „z perspektywy dorosłego mogą wydawać się błahe i mało znaczące (brak pochwały, pominięcie rysunku na wystawie prac klasowych), dla sześciolatka mogą być wydarzeniem niezwykle przykrym i zniechęcającym. […] Na takie zdarzenia w sposób szczególny narażone są dzieci z zaburzeniami rozwoju”[168].

Innym istotnym elementem wiążącym się z osiągnięciem przez dziecko dojrzałości szkolnej, a pośrednio też dojrzałości emocjonalnej, jest znajomość i przestrzeganie norm społecznych i procesów ułatwiających współżycie w grupie. Dzieci „świadome obowiązujących zasad i potrafiące je stosować będą też potrafiły oceniać zachowania innych i reagować na nie adekwatnie. Szczególnie w nowych sytuacjach jest to pomocne, ponieważ dają poczucie przewidywalności i pewności siebie”[169]. Wspomniana świadomość zasad jest z kolei wynikiem samodzielności, którą dziecko nabywa przede wszystkim w kontaktach ze środowiskiem innym niż domowe. Najczęściej jest to środowisko przedszkolne. Miarą samodzielności dziecka jest nie tylko opanowanie czynności samoobsługowych, ale również umiejętne reagowanie w sytuacjach zagrożenia. Dziecko bardziej samodzielne jest bezpieczniejsze i lepiej poradzi sobie w różnych sytuacjach. Lepiej też rozumie i łatwiej zapamiętuje podstawowe zasady zachowania się w sytuacjach potencjalnie niebezpiecznych. Środowiskiem, które przede wszystkim uczy dziecko powyższych umiejętności, jest wspomniane już przedszkole.

Kolejnym istotnym elementem gotowości szkolnej dziecka jest umiejętność posługiwania się językiem. Dzieci zdobywają tę kompetencję, jeśli „mają dużo doświadczeń z językiem. Rodzice, którzy swoim dzieciom czytają książki, rozmawiają z nimi i odpowiadają na pytania, rozwijają umiejętności językowe dzieci. W ten sposób uczą się one jasno wypowiadać swoje myśli, precyzyjnie używać głosek, słów i poprawnie budować zdania”[170]. Stopień rozumienia mowy i posługiwania się nią wpływa na to, jak dzieci poradzą sobie w szkole. Poprawna wymowa i artykulacja zależą od psychofizycznego rozwoju, prawidłowej budowy i sprawnego funkcjonowania narządów mowy oraz słuchu[171].

168 A. Jałowiecka, *Charakterystyka typowych zaburzeń rozwojowych*…, s. 215.
169 F. Meinders-Lücking, S. Loy, *Czy moje dziecko*…, s. 32.
170 Tamże, s. 28.
171 M. Skura, M. Lisicki, D. Sumińska, *Przed progiem*…, s. 33.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Gotowość szkolna w tym obszarze wyraża się również w poprawnym wymawianiu głosek.

Istotnym elementem osiągnięcia dojrzałości szkolnej jest prawidłowy rozwój intelektualny. Mianem inteligentnego opisuje się dziecko, które „sprawnie i szybko posługuje się myśleniem. Ocena poziomu myślenia dziecka jest bardzo trudna i możemy go jedynie zbadać śledząc czynności wykonywane przez dziecko w celu osiągnięcia zamierzonego wyniku czy rozwiązania problemu”[172]. Ważnym warunkiem rozwoju intelektualnego dzieci jest ich aktywność własna, która wiąże się z poznawaniem i nauką przez doświadczanie[173]. Dzieciom sprawia przyjemność samodzielne działanie, poznawanie, tworzenie, przekształcanie i wynika ona z samego faktu działania, a nie z nastawienia na cel i osiągnięty wynik.

Obok rozwoju społeczno-emocjonalnego i poznawczego ważnym kryterium osiągnięcia gotowości szkolnej jest sprawność ruchowa w zakresie motoryki dużej i małej. Można przyjąć, że dziecko jest gotowe do rozpoczęcia nauki szkolnej, gdy „jest na tyle sprawne fizycznie, aby w miarę samodzielnie przemieszczać się, pokonywać przeszkody, zaspokajać swoje potrzeby, a jeżeli sprawność fizyczna stoi na przeszkodzie, to umie poprosić o pomoc”[174] (co świadczy z kolei o dojrzałości społecznej i emocjonalnej). Sprawność manualna jest ważna z powodu uczenia się pisania, dlatego dziecko musi sobie radzić z właściwym trzymaniem w dłoni ołówka i wykonywaniem precyzyjnych ruchów.

Zarówno dla dziecka, jak i dla jego otoczenia fakt rozpoczęcia nauki i debiut w nowej roli, roli ucznia, jest wydarzeniem niezwykle ważnym. Jak podkreśla Aneta Jałowiecka[175], wiążą się z nim określone oczekiwania – i to zarówno ze strony rodziców, jak i samych dzieci. Rodzice oczekują, że dzieci zdobędą nowe umiejętności, nauczą się czytać, pisać i rachować, zaś pozytywne oceny staną się powodem do dumy i zachętą do dalszej pracy. Dziecko z kolei ciekawe jest nowego otoczenia, kolegów i nowej pani. Nauczyciel staje się dla niego nowym,

172 Tamże, s. 35.

173 Por. m.in. B. Cygan, *Doświadczanie świata przez dziecko sposobem wspierania jego rozwoju*, [w:] *Edukacja (dla) dziecka*…; M. Skura, M. Lisicki, D. Sumińska, *Przed progiem*…

174 Tamże, s. 47.

175 A. Jałowiecka, *Charakterystyka typowych zaburzeń rozwojowych*…, s. 215.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

bardzo ważnym autorytetem, a jego zdanie i stanowisko ma dla dziecka ogromne znaczenie.

To również czas nabywania nowych doświadczeń, pokonywania trudu, zderzenia się z jakże innym środowiskiem niż to przedszkolne, w którym już nie dziecko, a uczeń musi zdać swój pierwszy egzamin dojrzałości. Przy pokonywaniu trudu przekroczenia pierwszego progu dojrzałości dzieci powinny czuć wsparcie swoich rodziców, przedszkola i szkoły. Ten etap przejścia z jednego środowiska do drugiego zakończy się sukcesem, jeżeli dziecko jest dobrze rozwinięte. „Dobrze wykształcone zmysły i zintegrowane przetwarzanie bodźców są podstawą dla działania i uczenia się oraz pokonania trudów związanych z przekroczeniem progu szkoły”[176].

176 F. Meinders-Lücking, S. Loy, *Czy moje dziecko…*, s. 41.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Rozdział trzeci

Badania własne

1. Cel i procedura badań

Głównym celem badań było ukazanie znaczenia diagnozy interdyscyplinarnej w procesie identyfikowania trudności/dysharmonii czy zaburzeń u małego dziecka i planowania procesu wspomagania jego rozwoju. Cele szczegółowe obejmowały:

- charakterystykę indywidualnego przypadku (*case study*):
  - analizę zaburzeń i trudności na podstawie dokumentacji instytucjonalnej,
  - analizę i charakterystykę trudności na podstawie diagnozy przeprowadzonej w przedszkolu,
- skonstruowanie i wdrożenie (na podstawie wyników diagnozy) programu wspomagająco-wspierającego zmierzającego do zmniejszania trudności i zaburzeń rozwojowych dziecka,
- opis uzyskanych efektów wdrożonego programu wspomagająco-wspierającego.

Do wymienionych celów przyjęto problemy badawcze odnoszące się do celów ogólnych i celów szczegółowych.

Problemy ogólne:

- Czy i w jakim stopniu diagnoza interdyscyplinarna pomaga w identyfikowaniu przyczyn występujących trudności/dysharmonii i zaburzeń u dziecka?
- Czy i w jakim stopniu podjęte terapie i działania wspomagająco-wspierające zmniejszają zdiagnozowane trudności/dysharmonie i zaburzenia?

Problemy szczegółowe:

- Jakie zaburzenia zidentyfikowano w *case study*?

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- W jakim stopniu charakterystyka zaburzeń i trudności odnotowanych w dokumentacji instytucjonalnej służy planowaniu działań wspomagająco-wspierających?
- Czy i w jakim stopniu diagnoza nauczyciela oraz informacje uzyskane od rodziców i z dokumentacji służą podejmowaniu działań wspomagająco-wspierających?

– Jaka była efektywność zastosowanego programu wspomagająco-wspierającego?

Badania przeprowadzono od września 2014 do kwietnia 2015 roku[1]. Zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Objęto nią pięcioletniego chłopca, który uczęszczał do grupy prowadzonej przez autorkę. Na potrzeby badań nadano mu imię Gabryś. W metodzie odwołano się do diagnozy genetycznej – jako tej, która służy wyjaśnianiu przyczyn zastanego zjawiska. Celem badań było dowiedzenie, że diagnoza interdyscyplinarna oraz umiejętnie przeprowadzony proces diagnostyczny, a następnie idące za nimi działania specjalistyczne i działania wspomagające prowadzą do zmniejszania zaburzeń.

Studium przypadku jest „preferowaną metodą badania zjawisk współczesnych w sytuacji, gdy nie da się manipulować istotnymi zachowaniami. Jako badanie empiryczne zgłębia współczesne zjawisko («przypadek») w kontekście rzeczywistości, a zwłaszcza gdy granice między zjawiskiem a kontekstem nie są zupełnie oczywiste”[2]. Metodę tę wykorzystuje się w różnych sytuacjach, aby uzyskać wiedzę o jednostkach, grupach, organizacjach, zjawiskach społecznych. Niezależnie od dziedziny zainteresowań „rodzi się z chęci zrozumienia zjawisk społecznych”[3]. Wybór studium przypadku jako jakościowej metody badawczej wiąże się z założeniem, że „wartościowe jest badanie każdego pojedynczego przypadku (zrozumienie, docenienie i opisanie indywidualności ludzkiej, jej specyficzności i niepowtarzalności), a nie

1 Pierwsze sygnały o nieprawidłowościach rozwojowych u dziecka były zgłoszone przez mamę w czerwcu 2014 roku. Po oficjalnym zakończeniu badań i przeprowadzeniu diagnozy końcowej w kwietniu 2015 r. nadal podejmowano działania wspomagające rozwój chłopca.

2 R.K. Yin, *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015, s. 44–48.

3 Tamże, s. 36.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

tylko poszukiwanie praw i prawd ogólnospołecznych”[4]. Według Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman w diagnostyce metoda ta jest „sposobem badań, polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich, uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze, lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych”[5]. Diagnoza przypadku, jak i oparta na jej wynikach praca z przypadkiem jest „zdolnością twórczego interpretowania i komponowania wiedzy w odniesieniu do konkretnej jednostki i uwarunkowań środowiskowych jej sytuacji”[6].

Metodę badania przypadku realizuje się poprzez zastosowanie wielu technik badawczych, do których należą: „wywiad środowiskowy, pogłębiony narracyjny, testy projekcyjne, obserwacja uczestnicząca, bezpośrednia i pośrednia, rozmowa kierowana. Informacje potrzebne do opracowania diagnozy przypadku mogą też być zaczerpnięte z dokumentów oceniających sytuację bytową, zdrowotną i społeczną badanej jednostki”[7].

R.K. Yin[8] podkreśla, że w studium przypadku szczególne znaczenie ma pięć elementów projektu badawczego: pytania studium przypadku; jego założenia, jeżeli należy jakieś przyjąć; jego jednostki analizy; logika łączenia danych z założeniami; kryteria interpretacji wyników. Pierwsze trzy – definiowanie pytań badawczych, założeń i jednostek analizy – umożliwiają rozpoznanie, jakie dane należy zgromadzić. Dwa następne – określenie logiki łączenia danych z założeniami oraz kryteriów interpretacji wyników – stanowią przygotowanie do analizy studium przypadku, wskazując, co należy zrobić po zgromadzeniu danych.

W badaniach posłużono się techniką obserwacji bezpośredniej, uczestniczącej, indywidualnej, która była przeprowadzona przez cały

4 M. Guziuk-Tkacz, *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2011, s. 213.

5 T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 77–78.

6 R.A. Skidmore, M.G. Thackeray, *Wprowadzenie do pracy socjalnej,* Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 1999, s. 62–63.

7 E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001, s. 92.

8 R.K. Yin, *Studium przypadku…*, s. 61–68.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

rok szkolny i miała na celu dostarczenie informacji na temat rodzajów niepokojących zachowań oraz zmian, jakie zachodzą pod wpływem podjętych działań wspomagających. Zastosowano również technikę analizy dokumentów pisanych, którymi były zgromadzone przez rodziców i udostępnione autorce opinie (psychologiczno-pedagogiczne, nauczyciela, specjalistyczne), orzeczenia (lekarskie oraz z poradni psychologiczno-pedagogicznych), zaświadczenia lekarskie oraz arkusze diagnozy przedszkolnej. Jej zastosowanie podyktowane było koniecznością postawienia wnikliwej diagnozy i podjęcia na jej podstawie działań wspomagających rozwój. Materiał diagnostyczny zdobyto również, wykorzystując technikę rozmowy indywidualnej bezpośredniej niestrukturalizowanej (w ramach metody dialogowej) dotyczącej rozwoju psychomotorycznego dziecka i występujących trudności oraz kwestionariusz ankiety (w ramach metody sondażu diagnostycznego).

Mając na uwadze wskazane przez R.K. Yina elementy projektu badawczego oraz specyfikę metody studium indywidualnego przypadku, odwołano się do etapów opracowania diagnozy indywidualnego przypadku[9], które były adekwatne do podjętej metody. W badaniu wspomnianego dziecka uwzględniono zatem następujące etapy: zebranie danych osobowych; zdefiniowanie problemu, który dotyczy podopiecznego; określenie technik i narzędzi gromadzenia materiału diagnostycznego o jednostce; charakterystyka podopiecznego; wnioski diagnostyczne wynikające z wcześniejszej charakterystyki; dotychczas zastosowane formy metody pracy opiekuńczo-wychowawczej; opracowanie planu pracy z przypadkiem.

2. Charakterystyka indywidualnego przypadku

Gabryś miał 5 lat. Pochodził z rodziny, która znajdowała się w trudnej sytuacji materialnej i korzystała z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Rodzina mieszkała w wynajmowanym domu, zajmując dwa pokoje, kuchnię i łazienkę. Oboje rodzice posiadali wykształcenie

9 M. Guziuk-Tkacz, *Diagnozowanie w pracy socjalnej*, [w:] *Koncepcje i praktyka działania społecznego w pracy socjalnej*, red. E. Kantowicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2010, s. 79–80; E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki…*, s. 92–93.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

zawodowe. Matka nie pracowała i głównie zajmowała się opieką i wychowaniem dzieci – poza Gabrysiem była jeszcze 8-letnia Alicja i 3-letni Maciuś. Ojciec pracował jako tokarz i utrzymywał całą rodzinę. Swe warunki materialne określali oni jako średnie.

Gabryś był drugim dzieckiem. Z przeprowadzonej ankiety wynikało, że ciąża przebiegała prawidłowo, poród był o czasie i odbył się bez powikłań, a dziecko osiągnęło 10 punktów według skali Apgar[10]. W czasie rozmowy z matką chłopca okazało się jednak, że rodzice mieli konflikt serologiczny[11], który mógł w jakimś stopniu wpłynąć na późniejsze problemy Gabrysia. Wiek, w którym chłopiec zaczął siadać, matka określiła na 7 miesięcy. Stosunkowo późno zaczął chodzić, bo dopiero w wieku 19 miesięcy. Długo też trwał okres pieluchowania – do 24. m.ż.

10 Skala Apgar służy do oceny czynności życiowych dziecka tuż po porodzie. Noworodek otrzymuje punkty w skali od 0 do 10. Wysoki wynik skali Apgar nie jest gwarancją idealnego rozwoju dziecka w przyszłości, stanowi jedynie wstępną ocenę stanu zdrowia maluszka. Lekarze stosują skalę Apgar, aby określić, czy noworodek wymaga pomocy medycznej, czy też może zostać bezpiecznie przy mamie. Badanie noworodka skalą Apgar wykonywane jest czterokrotnie – w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia dziecka. Aspekty zdrowotne brane pod uwagę to: kolor skóry, tętno, reakcja na bodźce, napięcie mięśniowe i oddychanie, https://parenting.pl/portal/skala-apgar (dostęp 14.10.2017).

11 Konflikt serologiczny to zaburzenie dotykające przede wszystkim kobiety z grupą krwi Rh-, posiadające dzieci z mężczyzną Rh+. Zjawisko to wywołuje chorobę hemolityczną płodu lub noworodka. Istotą problemu jest wytwarzanie przez matkę przeciwciał niszczących czerwone krwinki płodu. Prowadzi to do niedokrwistości i wielu innych poważnych powikłań. Konflikt serologiczny występuje stosunkowo rzadko. Dotyczy 2–3 na 1000 kobiet w ciąży. Jeżeli podczas porodu, poronienia lub krwawienia krew dziecka przedostanie się do krwiobiegu matki, jej organizm wytworzy przeciwciała skierowane przeciwko temu czynnikowi. W przypadku pierwszej ciąży zagrożenie dla dziecka jest niewielkie. Problemy zaczynają się, gdy kobieta ponownie zajdzie w ciążę, a dziecko ma grupę krwi z Rh dodatnim. Antyciała, przenikające przez łożysko, atakują czerwone krwinki płodu, powodując tym samym łagodną lub poważną (w zależności od ilości przeciwciał) anemię płodu. Ponadto konflikt serologiczny może powodować ciężką chorobę hemolityczną (erytroblastozę płodową), uszkodzenia mózgu, niedotlenienie, obrzęk płodu lub jego obumarcie. Poza tym może dojść do najpoważniejszego powikłania, jakim jest poronienie, https://parenting.pl/portal/konflikt-serologiczny-a--ciaza (dostęp 14.10.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Analiza danych anamnestycznych[12] pozwoliła na szczegółowe poznanie dotychczasowego rozwoju dziecka. W wieku 9 miesięcy Gabryś miał usuwanego naczyniaka. Matka udostępniła wyniki tomografu komputerowego zawarte w karcie informacyjnej leczenia klinicznego. Z dokumentu wynikało, że dziecko przebywało w Klinice Chirurgii Dzieci z rozpoznaniem: *Malphormatio lymphatica colli ad sin in statio inflamationis. Enterocolitis cum rotavirus* (Malformacja szyi po stronie lewej w stanie zapalnym. Zapalenie jelit spowodowane rotawirusem)[13]. Wskazaniem dotyczącym dalszego postępowania było zgłoszenie się do poradni onkologicznej oraz stała opieka pediatryczna.

Za patogenezę[14] malformacji kapilarnej odpowiadać mogą czynniki wirusowe, toksyczne lub promieniowanie, nie wyklucza się również defektu genetycznego, który pozostaje niezdefiniowany, co jednak nie eliminuje go z grona podejrzanych. Istnieją bowiem doniesienia o zwiększonej częstotliwości występowania malformacji kapilarnych w niektórych rodzinach.

Dziecko leczone było również z powodu zarażenia toksokarozą[15]. Z wywiadu wynikało, że bawiło się z obcym psem. Zarażeniu uległo

12 Na istotę danych anamnestycznych (pochodzących z wywiadu lekarskiego) i uwzględnianie ich w procesie diagnostycznym zwraca uwagę N. Han-Ilgiewicz. Pozwala to na uniknięcie błędów wynikających z niewiedzy. N. Han-Ilgiewicz, *Nieznośni chłopcy. Typy plastyczności psychicznej w diagnostyce szkolnej*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1960, s. 93.

13 Malformacje kapilarno-limfatyczne w przeszłości nazywane były znamieniem hypertoficznym, naczyniakiem brodawkowatym lub angiokeratomą. Charakteryzują się ciemnoczerwoną, szorstką, brodawkowatą powierzchnią. Są to typowe zmiany obserwowane w chwili urodzenia. Postępowanie lecznicze w przypadkach zmian kapilarno-limfatycznych pojedynczych i ograniczonych polega na ich szerokim wycięciu i usunięciu tkanek aż do powięzi. Innymi słowy, malformacja kapilarna jest wadą unerwienia włosowatych naczyń krwionośnych (tzw. kapilar), w wyniku której pozostają one stale poszerzone i nie mogą się obkurczyć. Wypełnione krwią rozszerzone kapilary, przykryte z zewnątrz tkankami skóry i naskórka, dają w efekcie obraz, jaki obserwujemy u dzieci: czerwoną plamę, podobną – ze względu na nieregularny, „kleksowaty" kształt – do rozlanego wina, http://www.naczyniaki.com/malformacje.html (dostęp 16.03.2017).

14 D. Wyrzykowski, M. Bukowski, J. Jaśkiewicz, *Guzy naczyniowe i wrodzone malformacje naczyniowe*, „Cancer Surgery" 2005, 1(1), s. 1–25.

15 Toksokaroza jest chorobą odzwierzęcą spowodowaną zarażeniem pacjenta formami larwalnymi pasożytniczych nicieni z rodzaju *Toxocara*, występujących w jelicie cienkim u psowatych i kotowatych. W środowisku zewnętrznym inwazyjne jaja przeżywają kilka lat, co wraz z bardzo wysoką płodnością paso-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

również jego rodzeństwo. Dziecko leczone było w poradni chorób zakaźnych. Zakażenie toksokarozą może wywoływać zmiany w zachowaniu, zmiany neurologiczne oraz powodować uszkodzenia wzroku. Zalecone przez lekarza badanie okulistyczne nie wykazało żadnych zmian w dnie oka, które mogłyby być wynikiem wspomnianego zakażenia. Dziecko dodatkowo miało również wykonane badanie słuchu, który zgodnie z wystawionym przez lekarza zaświadczeniem był w normie. Jako wady rozwojowe matka określiła zmiany zwyrodnieniowe stóp (problem został zauważony w przedszkolu). Według matki dziecko odczuwało lęk przed schodzeniem z wysokich schodów, co mogło wskazywać na zaburzenia integracji sensorycznej.

Przeprowadzone dodatkowe badania wykazały niedosłuch z powodu trzeciego migdała (dziecko zostało skierowane na zabieg). Chłopiec często chorował na zapalenie górnych dróg oddechowych. Ponad-

żytów jest przyczyną kumulowania się form zakaźnych w ziemi i piasku. Zagrożenie toksokarozy dla ludzi, a zwłaszcza dzieci, które mają bliski kontakt z młodymi psami i kotami, jest duże. Człowiek zaraża się po przypadkowym spożyciu inwazyjnych jaj (zawierających larwę drugiego stadium). Wylęgnięte w jelicie cienkim larwy drogą krwionośną trafiają do wątroby, rzadziej do płuc, mózgu lub gałki ocznej, wywołując objawy kliniczne związane z miejscem lokalizacji. Objawy kliniczne toksokarozy zależą od masywności zarażenia, lokalizacji narządowej, reinfestacji oraz od reakcji obronnych organizmu pacjenta. Z klinicznego punktu widzenia wyróżnia się postać trzewną, pełnoobjawową lub zamaskowaną, oraz postać oczną. Uogólniona postać trzewna występuje najczęściej u dzieci do 5. r.ż. i jest następstwem masywnego zarażenia. W jej przebiegu występują nasilone objawy kliniczne, jak: bóle brzucha, bóle głowy, gorączka, kaszel, powiększenie wątroby i śledziony, powiększenie węzłów chłonnych, stwierdza się wysoką leukocytozę, hipereozynofilię i hipergammaglobulinemię oraz często towarzyszącą niedokrwistość. Wśród objawów pojawia się osłabienie, obniżone łaknienie, mdłości, bóle brzucha, bóle głowy, bóle kończyn, wysypki, kaszel, zapalenie oskrzeli, nadpobudliwość emocjonalna, wzmożona potliwość, stany podgorączkowe lub gorączka. W przypadku gdy larwy trafią do ośrodkowego układu nerwowego, mogą wystąpić bóle głowy, zmiany w zachowaniu, objawy ogniskowego uszkodzenia OUN (porażenia lub niedowłady), sporadycznie mogą pojawiać się drgawki. Rozwija się eozynofilowe zapalenie opon mózgowych lub zapalenie mózgu. W badaniach obrazowych (MR) stwierdza się zmiany w warstwie korowej i podkorowej. Badanie EEG wykazuje nieprawidłowy zapis, czasem o charakterze zmian ogniskowych. W przypadku toksokarozy ocznej obraz kliniczny zmian w narządzie wzroku zależy od miejsca wniknięcia larwy do gałki ocznej oraz od odpowiedzi immunologicznej na antygeny larw, http://www.pis.lodz.pl/wieruszow/dokumenty/Toksokaroza_2011_02.pdf (dostęp 29.12.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

to wykonane testy alergologiczne wykazały, że jest uczulony na pyłki traw, drzew, pleśń i cytrusy. Jest pod opieką psychiatry i bierze leki. Ponadto był pod opieką poradni: neurologicznej, psychiatrycznej, otolaryngologicznej, alergologicznej, genetycznej, chirurgicznej i psychologiczno-pedagogicznej. Korzystał również ze specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO), które przysługują osobom z zaburzeniami rozwoju psychicznego.

2.1. Diagnoza wstępna przeprowadzona przez nauczyciela

Już na wstępnym spotkaniu z rodzicami w czerwcu 2014 roku matka zgłaszała, że syn przejawia trudności w zachowaniu. Stwierdziła, że dziecko jest bardzo ruchliwe: „Nie może ani minuty usiedzieć na miejscu. Wszystko je interesuje, wszędzie wchodzi, nie zdając sobie sprawy z tego, że stwarza niebezpieczne sytuacje, które narażają je na utratę zdrowia". Uprzedziła również, że syn przejawia zachowania agresywne i wyraziła swoją obawę co do jego funkcjonowania w grupie przedszkolnej. Zapewniła jednak, że od dwóch lat chodzi z nim do poradni neurologicznej, gdzie jest też objęty opieką psychologiczną. Zobowiązała się do dostarczenia opinii z tejże poradni.

W przedszkolu przeprowadzono wstępną diagnozę w celu określenia poziomu rozwoju dziecka i jego umiejętności. Obejmowała ona ocenę obszaru rozwoju społeczno-emocjonalnego, sprawności ruchowej i manualnej, mowy, percepcji wzrokowej i słuchowej, pamięci i uwagi, myślenia, rozumowania matematycznego oraz wiedzy ogólnej.

Rozwój społeczno-emocjonalny: Pomimo przejawianych trudności dziecko łatwo odnalazło się w grupie, nie miało problemów z nawiązywaniem kontaktu z rówieśnikami i organizowaniem wspólnych zabaw. Starało się przestrzegać ustalonych wspólnie zasad panujących w grupie oraz wielokrotnie przypominało o nich innym dzieciom. Jednak z uwagi na swoją nadruchliwość i impulsywność zachowywało się tak, że dzieci początkowo często się skarżyły, że przeszkadza im w zabawie, np. niszczy skonstruowane z klocków budowle, odbiera zabawki, nie dzieli się nimi, wyciąga gry stolikowe i nie składa ich, ciągle wszystko rusza, dotyka itd.

Dziecko z powodu swojej ruchliwości miało problemy z tym, by spokojnie siedzieć choć chwilę w jednym miejscu. W czasie zajęć oraz

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

w czasie pracy przy stolikach cały czas wstawało, podchodziło do półek, zabawek, interesowało je, co nauczyciel ma na biurku, jakie materiały przygotował na zajęcia itd. Było to męczące zarówno dla prowadzącej zajęcia, jak i dla dzieci, które rozpraszały się i obserwowały dziecko. Z czasem jednak zaczęły ignorować jego zachowanie, zaś ono samo, widząc zdecydowaną postawę badającej i słysząc konkretne polecenia, zaczęło się do nich dostosowywać. Po upływie 3–4 tygodni dziecko nie tylko siedziało w czasie zajęć na dywanie, ale również pracowało na miarę swoich możliwości przy stoliku. Bywało, że znużone odchodziło od niego pod pretekstem skorzystania z toalety. Ponieważ dzieci ze zdiagnozowaną nadruchliwością ciągle potrzebują nowych zadań, dostało rolę „pomocnika" nauczyciela. Pomagało w rozdawaniu przyborów, materiałów, porządkowało pomoce, zostało odpowiedzialne za „kącik plastyczny", który miało utrzymywać w porządku.

Jak wykazała obserwacja, dziecko samodzielnie się rozbierało i ubierało oraz porządkowało swoje miejsce pracy z niewielką pomocą nauczyciela. Nie nabyło umiejętności wiązania butów. Jakiekolwiek ćwiczenia z przeplataniem sznurówki czy gry typu „wyszywanki" sprawiały mu trudność. Dawało się zauważyć lekkie drżenie rąk. Dziecko nie miało problemów z podejmowaniem zabaw, jednak bawiło się krótko i cały czas przechodziło od jednej zabawy do drugiej (wiązało się to z dużą przerzutowością uwagi). Usiłowało się włączać w zabawy innych dzieci, jednak przeszkadzało im swoim zachowaniem. Rzadko doprowadzało rozpoczęte czynności czy zadania do końca. Szybko się nudziło, kończyło jak najszybciej, w związku z czym prace były bardzo niestaranne. Przyczyną takiego zachowania była nadmierna ruchliwość i krótki czas skupienia uwagi. Pomimo swojego problemu starało się pokonywać trudności. Wymagało jednak wsparcia nauczyciela, zapewnień, że poradzi sobie, oraz ciągłej motywacji. Nagrodą za wykonane zadania były serduszka, motylki na tablicy motywacyjnej, maskotka „Biedronka" zabierana do domu, pochwały przed całą grupą, znaczki, stempelki.

Sprawność ruchowa: Dziecko przejawiało problemy z rzucaniem piłką w określonym kierunku, nie było w stanie złapać rzuconej piłki. Trudność sprawiało mu utrzymanie równowagi przy przechodzeniu po ławeczce, staniu czy podskokach na jednej nodze. Wykazywało się małą precyzją w wykonywaniu ruchów naprzemiennych, czwora-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

kowaniu, klęku. W czasie czołgania odpychało się tylko prawą nogą, zaś lewą ciągnęło za sobą. Miało problem z ustawianiem się w szeregu, parach czy rzędzie. Przejawiało trudności w zakresie sprawności ruchowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej. W czasie ćwiczeń i zabaw ruchowych z elementami ćwiczeń jego ruchy były mało precyzyjne, kanciaste, sztywne. Zaobserwowano dużą niezgrabność.

Sprawność manualna: Po przyjściu do przedszkola dziecko nie umiało trzymać przyborów piśmiennych ani nożyczek. Zamiast rysować, „kreśliło", miało duże problemy z rozmieszczeniem elementów na kartce, utrzymaniem się w liniaturze, pisaniem zgodnie z kierunkiem wskazanym przez strzałki. Rzadko mieściło się w wyznaczonej płaszczyźnie. Jego rysunki to najczęściej pokreślone kartki. Prace pozbawione były jakichkolwiek szczegółów. Czasami pojawiały się na nich głowonogi. W czasie prac manualnych czy ćwiczeń grafomotorycznych drżały mu ręce. Również wycinanie sprawiało mu problem.

Mowa: Wstępna diagnoza logopedyczna przeprowadzona we wrześniu przez szkolnego logopedę wykazała niezakończony rozwój mowy, brak głosek sz, ż, cz, dż, r. Zalecona terapia objęła ćwiczenie narządów mowy, wywołanie ww. głosek w sylabach, wyrazach, zdaniach oraz mowie spontanicznej. Dziecko miało ubogi słownik, a jego mowa była potoczna, z naleciałością miejscowej gwary. Przejawiało problemy w poprawnym formułowaniu wypowiedzi pod względem fleksyjnym, gramatycznym i składniowym.

Percepcja wzrokowa: Dziecko miało problem z odwzorowywaniem kształtów, co spowodowane mogło być słabą sprawnością manualną. Kłopot sprawiało mu również odnajdywanie podobieństw i różnic między obrazkami. Przy poleceniu dorysowania brakujących elementów na obrazku zauważyło i narysowało tylko dwa na siedem. Udało mu się rozciąć obrazek z kart do diagnozy i złożyć go, jednak pracując na zajęciach wycinało tak, jak miało ochotę – raczej rzadko wzdłuż linii i nie udawało mu się złożyć wyciętego obrazka. Sklejało fragmenty w przypadkowej kolejności, zaś same prace były niestaranne i wybrudzone klejem.

Percepcja słuchowa: Dziecko nie odtwarzało prostego rytmu, miało problemy z dostosowaniem się do jego zmiany, tempa i wysokości dźwięków muzycznych. Nie podjęło zadania polegającego na wyróżnieniu głosek w nagłosie i wygłosie. Podobnie było z ćwiczeniami ana-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

lizy głoskowej słów 3–4-głoskowych. Przy syntezie głoskowej słów 3–4-głoskowych popełniało błędy: ser – żaba, sok – smok, olej – odpowiedź: „nie umiem", kawa – dwa. Mniej błędów popełniało podczas analizy i syntezy sylabowej, jednak również sprawiało mu to trudność.

Pamięć i uwaga: Dziecko bywało bardzo rozkojarzone, miało problemy ze skupieniem uwagi. Rozpraszały je dodatkowe bodźce, na które pozostałe dzieci nie reagowały, np. przelatujący samolot za oknem czy odgłos przejeżdżającego ciągnika. W związku z powyższym po przyjściu do przedszkola miało ogromne problemy ze skupieniem się na wykonywanym zadaniu. Bardzo często wstawało, chodziło po sali, podchodziło do innych dzieci, nie skupiało się na tym, co mówi nauczyciel. Odnosiło się wrażenie, że myślami jest zupełnie gdzie indziej. Zaproszony na obserwację zajęć pedagog szkolny potwierdził spostrzeżenia badającej. Dziecko miało problemy z zapamiętaniem krótkich tekstów i ich odtworzeniem. Jednak po długim czasie nauki i powtarzaniu udawało mu się odtworzyć treść. Dziecko brało udział w przedstawieniu z okazji Dnia Przedszkolaka i poradziło sobie dosyć dobrze.

Myślenie: Dziecko nie było w stanie połączyć przyczyny ze skutkiem, trudność sprawiało mu odczytywanie symboliki znaków (mówiło, co było narysowane, natomiast nie było w stanie określić znaczenia znaku). Proszone o uzasadnienie swoich odpowiedzi, mówiło: „bo tak" lub „nie wiem". Bardzo lubiło zagadki (np. Zagadki Smoka Obiboka), często prosiło o ich czytanie, jednak odpowiedzi, których udzielało, nie były adekwatne do przeczytanej treści. Trudność sprawiało mu rozwiązywanie zadań wymagających wysiłku intelektualnego, logicznego myślenia, kojarzenia, takich jak labirynty czy łamigłówki.

Rozumowanie matematyczne: W czasie diagnozy dziecko wskazało poprawnie stronę lewą i prawą, jednak obserwacja wykazała, że w czasie ćwiczeń czy zabawy polegającej na orientacji w schemacie ciała myliło strony. Miało problemy z orientacją w przestrzeni (położenie przedmiotu względem wybranego obiektu). Zgadywało, porównując liczebność zbiorów, stosując określenia: „mniej", „więcej", „tyle samo". Problemem było uporządkowanie obiektów od najmniejszego do największego, liczenie na materiale konkretnym (ustalanie wyników dodawania i odejmowania), stosowanie liczebników porządkowych. My-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

liło się w czasie rozpoznawania figur geometrycznych (kwadrat myliło z prostokątem, na trójkąt mówiło kwadrat).

Wiedza ogólna: Dziecko przedstawiało się imieniem i nazwiskiem, wiedziało, w jakiej miejscowości mieszka. Podawało imiona rodziców. Nie znało nazwy kraju, myliło kolejność pór roku, zaczynając od wiosny – zapominało ich nazw. Starało się wymieniać zjawiska atmosferyczne, charakterystyczne dla danej pory roku. Miało problem z nazwaniem dni tygodnia. Starało się opisać warunki potrzebne do rozwoju roślin i zwierząt.

W związku z bardzo niskimi wynikami, jakie dziecko uzyskało w diagnozie przedszkolnej, oraz wobec obserwowanych trudności, dysharmonii i cech zaburzeń, podjęte zostały działania wspomagające i wspierające jego rozwój. Po rozmowie z mamą i przedstawieniu jej osiągniętych przez dziecko wyników oraz zauważonych braków, zaproponowano działania, które następnie zostały podjęte w przedszkolu. Poproszono również, by w miarę możliwości były one kontynuowane w domu.

Działania wspomagające obejmowały:

- ćwiczenia grafomotoryczne – rysowanie po śladzie, łączenie kropek;
- ćwiczenia usprawniające sprawność manualną – lepienie z plasteliny, robienie kulek z gazety; obieranie obieraczką warzyw, cięcie gazet, nawlekanie koralików na sznurek, zbieranie koralików do pojemnika, wyszywanki bezigłowe, malowanie palcami, lepienie z plasteliny, ciastoliny, masy solnej, wydzieranki itp.;
- rozwiązywanie labiryntów, szukanie podobieństw/różnic między obrazkami, dorysowywanie brakujących elementów, dopasowywanie kształtów, dopasowywanie cieni do obrazka itp.;
- układanie puzzli, mozaik;
- ćwiczenia i zabawy usprawniające percepcję słuchową: wystukiwanie rytmów, rozpoznawanie odgłosów, układanie nazw zaczynających się określoną głoską;
- ćwiczenia i zabawy określające położenie przedmiotów w przestrzeni;
- ćwiczenia i zabawy usprawniające orientację w schemacie ciała;
- ćwiczenia, zabawy i gry dydaktyczne usprawniające skupienie uwagi, spostrzegawczość, pamięć, np. „Bystre oczko", „Kot w worku", „Nawlekaj nie czekaj", „Czego brakuje?", mozaika, PUS itp.;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– zabawy z wykorzystaniem materiałów konkretnych, usprawniające rozumowanie matematyczne, przeliczanie, porównywanie, szeregowanie, klasyfikowanie;
– układanie historyjek obrazkowych, opowiadanie ich treści, próby ułożenia innego zakończenia itp.;
– częste pochwały, docenianie wysiłku włożonego w wykonanie zadania, motywowanie do pokonywania trudności.

Zasugerowano również mamie przeprowadzenie u dziecka pełnego badania pedagogiczno-psychologicznego w poradni.

2.2. Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna

W związku z obserwowanymi niepokojącymi zachowaniami, podejrzeniem nadpobudliwości psychoruchowej i dysharmoniami rozwojowymi chłopiec został przebadany w specjalistycznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (dalej: SPPP) na przełomie listopada i grudnia 2014 roku. Celem badania było również odroczenie rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego oraz objęcie chłopca opieką psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu z powodu ww. trudności.

Diagnoza specjalistyczna potwierdziła obserwację i wyniki wstępnej diagnozy przedszkolnej wykonanej w październiku 2014 roku.

W wystawionej opinii psychologiczno-pedagogicznej stwierdzono: „Chłopiec w kontakcie diagnostycznym jest w widocznym niepokoju ruchowym, szybko się dekoncentruje, pracuje niewytrwale, szybko się męczy, potrzebuje ciągłej zachęty i motywacji do pracy. Wyniki badania psychologicznego wskazują, że sprawność procesów intelektualnych kształtuje się wyraźnie poniżej poziomu przeciętnego. Rozwój poznawczy ma tendencje do nieharmonijności. Wyraźne osłabienie zdolności chłopca stwierdza się w zakresie procesów rozumienia i tworzenia pojęć, rozumowania opartego na materiale liczbowym, zasobu wiadomości o otaczającym świecie i reprodukowania wiedzy, a także w obszarze procesów koordynacji wzrokowo-ruchowej".

Według informacji zawartych w przytoczonej opinii zaobserwowano wyraźne zakłócenia w obszarze rozwoju percepcyjno-motorycznego. Wyniki badań wykazały ponad roczne opóźnienie rozwojowe w zakresie motoryki ręki dominującej i około roczne opóźnienie w sferze procesów integracji wzrokowo-ruchowej. Na bardzo niskim poziomie kształtowały się procesy różnicowania kształtów w osi pionowej oraz

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

poziomej i pionowej. Wyniki badań wykazały również znaczny deficyt w sferze procesów percepcji słuchowej struktur rytmicznych, ponieważ chłopiec ich nie różnicował. Badanie psychologiczne wykazało, że na wyższym poziomie, w odniesieniu do wcześniej wymienionych, kształtowały się aspekty funkcjonowania mentalnego, takie jak: rozumienie sytuacji społecznych, internalizowanie norm etyczno-moralnych oraz percepcja słuchowa szeregów cyfrowych.

Badanie pedagogiczne wykazało, że chłopiec wymagał intensywnej stymulacji we wszystkich obszarach rozwojowych. Nie miał jeszcze w pełni ukształtowanego pojęcia liczby i świadomości zgodności ilości elementów z danym liczebnikiem. Nie potrafił bez manipulowania konkretami ustalić, jaka byłaby liczebność zbioru, gdyby dodać do niego określoną liczbę elementów. Nie potrafił podać odliczonej liczby elementów ze zbioru, ponieważ bardzo mocno skupiał się na samej czynności odliczania i zapominał, ile elementów odliczył. Stwierdzono w opinii: „Chłopiec z trudem kategoryzuje prezentowane obiekty oraz nieprecyzyjnie definiuje podstawowe pojęcia. Umiejętności arytmetyczne rozwinięte są w niewielkim stopniu. Dziecko myli się przy przeliczaniu i nie ma świadomości podwójnej roli ostatniego liczebnika (np. przelicza do trzynastu, a na pytanie, ile jest wszystkich elementów, podaje liczbę osiem)".

Według danych zawartych w przytoczonym dokumencie intensywnej stymulacji wymagał rozwój funkcji wzrokowo-przestrzennych. Badanie wykazało: „Chłopiec z trudem rozwiązuje labirynty, rysuje podstawowe figury i kształty, a także łączy wskazane punkty liniami pionowymi, poziomymi i ukośnymi. Trudności sprawiło mu także tworzenie z klocków budowli analogicznych do pokazanych na zdjęciach (chłopiec twierdził, że brakuje mu klocków, choć ich ilość nie ulegała zmianie w czasie badania) i wskazywanie brakujących elementów na prezentowanych mu ilustracjach. Pamięć wzrokowa pozostaje osłabiona, choć należy zauważyć, że na niski wynik w tym zadaniu wpływ mogą mieć trudności w koncentracji".

Diagnostyczne badanie pedagogiczne wykazało również zakłócone funkcje słuchowo-językowe. Chłopiec nie rozpoznawał świadomie aliteracji ani rymujących się ze sobą wyrazów, nie wyodrębniał głosek w wygłosie, nie dokonywał też analizy i syntezy głoskowej. Płynność słowna, czyli umiejętność generowania jak największej liczby wyrazów

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

spełniających określone kryterium, i tempo nazywania kształtowały się na poziomie obniżonym w stosunku do wieku. Dalszego treningu wymagała mała motoryka, orientacja w schemacie ciała oraz relacje przestrzenne.

Na podstawie wyników badań i stwierdzenia obniżonych, w stosunku do wieku, poziomów rozwoju: poznawczego, manualnego, funkcji wzrokowo-przestrzennych i słuchowo-językowych oraz zaburzeń koncentracji uwagi, niepokoju ruchowego sugerującego zakłócenia neurodynamiki procesów nerwowych chłopiec został odroczony od obowiązku szkolnego. Zalecono również objęcie go opieką psychologiczno-pedagogiczną w ramach kontynuowania rocznego przygotowania przedszkolnego.

W opinii zawarto również **zalecenia dla nauczyciela**, które obejmowały:

- objęcie chłopca, na miarę możliwości przedszkola, opieką w formie zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych lub innych zajęć o charakterze terapeutycznym, ukierunkowanych na korygowanie i kompensowanie deficytów percepcyjno-motorycznych i trudności z koncentracją uwagi oraz wspieranie prawidłowego funkcjonowania poznawczo-emocjonalnego i społecznego dziecka (proponuje się usprawnianie manualne zwłaszcza w zakresie kolorowania i kontynuowania szlaczków; zabawy z kalkowaniem prostych kilkuelementowych obrazków, figur, rozwiązywanie labiryntów regularnych i nieregularnych bez odrywania ręki, kreślenie prostych wzorów graficznych po śladzie, wyklejanie kształtów papierem kolorowym, usprawnienie koncentracji poprzez łączenie punktów układających się w określony wzór);
- intensywne włączanie dziecka w zabawy i ćwiczenia usprawniające zdolności słuchowo-językowe;
- kontynuowanie stymulacji funkcji wzrokowo-przestrzennych poprzez zadania polegające na wskazywaniu brakujących elementów/różnic/podobieństw na ilustracjach, układanie puzzli, przerysowywanie prostych figur i kształtów z pamięci;
- systematyczne usprawnianie manualne chłopca;
- dalsze intensywne włączanie chłopca w ćwiczenia i zabawy o charakterze integracyjnym;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– dalsze udzielanie pozytywnych wzmocnień, dostrzeganie i nagradzanie wysiłków wkładanych przez niego w naukę – w trosce o rozwój adekwatnej samooceny i kształtowanie motywacji do systematycznej pracy;
– zachęcanie chłopca do kończenia rozpoczętych działań, wyraźne nagradzanie takich zachowań, wydawanie krótkich, jasnych poleceń, dopilnowanie ich wykonania, umożliwienie krótkich przerw w wykonywaniu ćwiczeń i zabaw w celu rozładowania napięcia, poprawy funkcjonowania procesów koncentracji uwagi.

Pomimo stwierdzonego w opinii obniżonego, w stosunku do normy wiekowej, rozwoju poznawczego, manualnego, funkcji słuchowo-językowych oraz funkcji wzrokowo-przestrzennych, rodzicom nie zaproponowano objęcia dziecka terapią psychologiczno-pedagogiczną na terenie poradni. Miała się ona odbywać w ramach zajęć korekcyjno-kompensacyjnych w przedszkolu.

2.3. Podejmowane działania specjalistyczne

Z dostarczonej we wrześniu 2014 roku przez matkę opinii psychologicznej, wystawionej w sierpniu 2013 roku przez psychologa z poradni zdrowia psychicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym, wynikało, że dziecko zostało objęte opieką psychologiczną na wniosek neurologa z uwagi na nasilone cechy nadpobudliwości psychoruchowej. Celem badań psychologicznych przeprowadzonych w styczniu 2013 roku była ocena jego rozwoju umysłowego. Psycholog jednak zaznaczył, że z uwagi na problemy z materiałem zadaniowym, oceny dokonano podczas dwóch spotkań. W trakcie badania współpraca z dzieckiem była zmienna z uwagi na wzmożoną męczliwość oraz znaczne deficyty uwagi. W zachowaniu dziecka widoczne były cechy nadpobudliwości psychoruchowej. Wyniki przeprowadzonych badań ujawniły przeciętny poziom rozwoju umysłowego z cechami dysharmonii. W zaleceniach do pracy dydaktycznej z dzieckiem wskazano reguły postępowania uwzględniające potrzeby dziecka z ADHD oraz zaznaczono, że wymaga ono dalszej opieki psychologicznej.

Ponieważ opinia zalecała zastosowanie takich metod pracy jak w przypadku dziecka, które ma stwierdzone ADHD, a wyniki badań wykazały brak skupienia uwagi, dziecku został zaproponowany trening Biofeedback. Znalazł on szerokie zastosowanie w diagnostyce i terapii

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

zjawiska nadpobudliwości. Biofeedback oznacza sprzężenie zwrotne i jest metodą „pozwalającą dziecku nadaktywnemu psychoruchowo regulować funkcjonowanie własnych procesów fizjologicznych dzięki możliwości prowadzenia ciągłej wzrokowej i słuchowej obserwacji ich przebiegu, uwidocznionego na monitorze komputera”[16]. Dostępność terapii jest jednak ograniczona z powodu małej liczby specjalistów ją wykonujących, jak i wysokich kosztów. Szkoła jednak dysponowała dwoma wolnymi miejscami, a sama terapia miała być przeprowadzona za darmo w najbliższej poradni pedagogiczno-psychologicznej. Wymogiem uczestnictwa było przedstawienie aktualnych badań EEG[17] oraz zaświadczenia od neurologa, wystawionego na podstawie wyniku EEG, w którym lekarz stwierdza, że nie ma żadnych przeciwwskazań do przeprowadzenia tego rodzaju treningu. Potrzebne badanie EEG było wykonane 21 maja 2013 roku i w ocenie neurologicznej kwalifikowało się do obserwacji. Lekarz neurolog zalecił wtedy kontrolne EEG co 6–12 miesięcy. W zakresie farmakoterapii przepisał dziecku hydroksyzynę. Niestety, w wystawionej informacji lekarz nie zawarł stwierdzenia, że nie ma przeciwwskazań do treningu Biofeedback, a było ono wymagane.

Matka zobowiązała się do jak najszybszego skontaktowania się z neurologiem i przedstawienia wymaganych dokumentów; potrzebne było tylko wystawienie zaświadczenia z informacją o braku przeciwwskazań. Niestety, napotkała bardzo duże utrudnienia, zarówno ze strony poradni, jak i samego lekarza. W poradni powiedziano jej, że wymagane jest ustalenie terminu wizyty, a ten zaproponowano dopiero na następny rok. W takiej sytuacji matka została zmuszona do skorzystania z prywatnej wizyty u innego neurologa, co wiązało się z wysokimi kosztami.

W związku ze zmianą lekarza, na prośbę matki w listopadzie 2014 roku nauczyciel sporządził następującą opinię na temat dziecka:

16 M. Pecyna, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka,* WSiP, Warszawa 1988, s. 278.

17 Elektroencefalografia (EEG) to badanie, którego celem jest ocena bioelektrycznej czynności mózgu, a co za tym idzie – stanu czynnościowego ośrodkowego układu nerwowego. EEG jest pomocne w diagnostyce wielu chorób układu nerwowego, zwłaszcza padaczki, http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/elektroencefalografia-eeg-badanie-rozpoznajace-choroby-mozgu_34290.html (dostęp 25.02.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

„Dziecko dobrze zaaklimatyzowało się w środowisku i grupie przedszkolnej. Chętnie współpracuje z dziećmi, podejmuje zadania, dostosowuje się, na miarę możliwości, do poleceń nauczyciela. Pamięta o zasadach przyjętych w grupie, ale nie zawsze się do nich stosuje. Jest chętne do pracy i pomocy, wrażliwe na krzywdę innych.

Jednak od początku roku szkolnego obserwowano u dziecka następujące trudności:

- duże problemy ze skupieniem uwagi. Gabryś ma duże problemy z tym, by skupić się na wykonywanym zadaniu. Dotyczy to zarówno ćwiczeń w kartach pracy, jak i prac plastycznych/technicznych, zabawy. Początkowo problemem było siedzenie przy stoliku, by wykonać zadanie. Gabryś wstawał, podchodził do innych dzieci, rozpraszały go inne bodźce, np. rzeczy na biurku nauczyciela (materiały do pracy), odgłosy dochodzące zza okna. Musiał wstawać, podejść, obejrzeć, zapytać, sprawdzić przez okno, co się dzieje na zewnątrz itd. Prace wykonuje niestarannie, są pokreślone, pomięte. Szybko się nudzi, zaczyna interesować się innymi rzeczami znajdującymi się w pobliżu. Jako sukces traktuję to, że na dzień dzisiejszy siedzi z grupą na dywanie, gdy trwają zajęcia, oraz przy stoliku;
- jest niecierpliwy, szybko się nudzi, nie kończy np. gier stolikowych, rysunku itp., zostawia rzeczy i rozpoczyna następną czynność. Wymaga przypomnienia, by posprzątał po sobie rzeczy, a jednocześnie porządkuje zabawki po innych dzieciach, upomina je. Chętnie wypełnia obowiązki dyżurnego. Dopomina się, by jak najczęściej nim był;
- wykazuje się dużą ruchliwością – jest «w ciągłym ruchu». Przechodzi od jednej czynności do drugiej;
- rozwój poznawczy również budzi zastrzeżenia. Gabryś ma problemy z myśleniem przyczynowo-skutkowym, analizą i syntezą wzrokową, słuchową (ma problemy z dostrzeganiem podobieństw i różnic, wyodrębnianiem głosek i sylab, reagowaniem na zmianę rytmu), myśleniem matematycznym. Wiedza ogólna również jest na poziomie przeciętnym, lub poniżej przeciętnej do wieku;
- dziecko zna zasady przyjęte w grupie, ale ma problemy z ich przestrzeganiem – zapomina. Wystarczy jednak delikatne przypomnienie ze strony nauczyciela i dziecko dostosowuje się do nich;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

– chłopiec ma problemy ze zrozumieniem poleceń, chociaż są krótkie, konkretne i mówione «po kolei»;
– dziecko wkłada różne przedmioty do buzi i gryzie je;
– ma stwierdzony niezakończony rozwój mowy: brak głosek sz, ż, cz, dż, r;
– obserwowane jest drżenie rąk.

Podjęte działania:

– dziecko angażowane jest w różne czynności i działania nauczyciela, jako jego «pomocnik»;
– uczestniczy w licznych zabawach integracyjnych;
– prowadzone są ćwiczenia mające na celu poprawę koncentracji, percepcji wzrokowej, słuchowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, sprawności grafomotorycznej i manualnej, myślenia przyczynowo-skutkowego, rozumowania matematycznego;
– dziecko jest chwalone, motywowane, doceniane są jego wysiłki;
– prowadzona jest terapia logopedyczna z logopedą szkolnym;
– zalecana jest wizyta w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu przeprowadzenia pełnej diagnozy psychologiczno-pedagogicznej".

Jak już wspomniano wcześniej, wizyta u neurologa była wizytą prywatną. W ocenie lekarza specjalisty dziecko wymagało intensywnego leczenia i opieki neurologicznej. Z zaświadczenia wystawionego przez neurologa wynikało, że u dziecka rozpoznano zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej), kod ICD-10 F90. W badaniu specjalistycznym nie stwierdzono uszkodzenia OUN. Z obserwacji dziecka stwierdzono nadpobudliwość ruchową. Dziecko wymagało leczenia w poradni specjalistycznej (neurologicznej). Lekarz specjalista wydał również skierowanie na badanie EEG oraz zaświadczenie o treści „F90 nadpobudliwość psychoruchowa. Obserwacja rozwoju umysłowego. Cel wydania zaświadczenia: dziecko nadruchliwe, nieco dymorficzne. Wydano skierowanie do badania EEG. Wskazana stała terapia psychologiczno-pedagogiczna". Zalecone badanie EEG zostało przeprowadzone i dziecko zostało zakwalifikowane do neuroterapii EEG-Biofeedback.

Z powodu niepokojąco niskich wyników diagnozy przedszkolnej oraz obserwowanych cech zaburzeń zaproponowano matce złożenie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wniosku w SPPP o objęcie dziecka wczesnym wspomaganiem rozwoju. Matka podjęła stosowne kroki, jednak z powodu źle wypełnionego przez lekarza neurologa zaświadczenia lekarskiego wniosek odrzucono. (Notabene zaświadczenie było wystawione przez lekarza, który zasiadał w komisji orzekającej). Jako choroby główne i współistniejące lekarz wymienił: zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia integracji sensorycznej, o których wcześniej nie wspominał, oraz zaburzenia umiejętności szkolnych. W opisie przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia umieścił informację, że dziecko jest od dwóch lat objęte terapią psychologiczno-pedagogiczną z ww. powodów, jak również opieką neurologiczną. Lekarz wskazał objęcie go też pomocą w ramach zajęć wczesnego wspomagania. Niestety, według ustawy, zaburzenia, które wymienił, nie podlegają wczesnemu wspomaganiu rozwoju. Stąd w uzasadnieniu opinii o braku potrzeby wczesnego wspomagania rozwoju dziecka czytamy: „Do wniosku rodzica o przyznanie wczesnego wspomagania rozwoju dołączono zaświadczenie lekarza neurologa, które nie potwierdza u dziecka niepełnosprawności, ani też schorzenia, wymagającego realizowania wczesnego wspomagania rozwoju. Zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych czy zaburzenia koncentracji uwagi (wskazane w rozpoznaniu lekarskim) są zakłóceniem rozwoju, które kwalifikują dziecko do objęcia go pomocą w ramach zajęć korekcyjno-kompensacyjnych, realizowanych na terenie oddziału przedszkolnego, wg szczegółowych zaleceń przedstawionych w opinii psychologiczno-pedagogicznej. W związku z powyższym – zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi uznano, że chłopiec nie wymaga realizacji zajęć w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka".

Matce zaproponowano ponowne złożenie wniosku, z powtórzeniem całej wymaganej procedury.

2.4. Program wspomagająco-wspierający

Wspieranie dziecka w rozwoju polega na organizowaniu mu procesu uczenia się w trakcie zabawy i sytuacji zadaniowych, na pomaganiu mu w uzewnętrznianiu (interioryzacji). Należy dziecku organizować także zajęcia, w których: ogląda i porównuje specjalnie dobrane obiekty, manipuluje nimi i obserwuje skutki wprowadzonych zmian, zastanawia się nad efektem zmiany położenia obiektów, dodania lub zabrania

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

kilku elementów, rozdzielenia lub rozdania po kilka. Wspomagając dziecko w rozwoju umysłowym, trzeba również zadbać o jego rozwój emocjonalny. To emocje sprawiają, że dziecko jest czymś zaciekawione i chce to poznać, nie nudzi się, chętnie wykonuje to, czego oczekuje od niego dorosły[18].

Zadaniem działań naprawczych powinno być wspomaganie dziecka w jego rozwoju i potencjalnych możliwościach oraz likwidowanie zaniedbań i niedoborów. Działania takie przyniosą efekty tylko wtedy, kiedy wyznaczony program naprawczy, terapeutyczny, oparty będzie na prawidłowo opracowanej diagnozie. Diagnoza nadaje kierunek terapii, zawiera bowiem rozpoznanie, w jaki sposób przebiega rozwój dziecka, funkcji czy procesów, występujących zaniedbań, a także braków w wiadomościach i umiejętnościach[19].

Niepokojąco niskie wyniki diagnozy Gabrysia poskutkowały wdrożeniem programu wspomagająco-wspierającego. Proces wspomagania odbywał się podczas pracy grupowej, zespołowej i indywidualnej. W zakresie rozwoju społeczno-emocjonalnego w szczególności skupiono się na kształtowaniu umiejętności samoobsługowych, rozwoju emocjonalnym, wdrażaniu do życia społecznego w bezpośrednim kontakcie ze środowiskiem, nabywaniu i poszerzaniu wiedzy o otaczającym świecie. Celem programu w tym zakresie było nauczenie samodzielności, wykształcenie poczucia sprawstwa, bezpieczeństwa oraz odpowiedzialności. Uspołecznienie polegało również na dodaniu odwagi do podejmowania samodzielnych decyzji, działań, nabrania pewności siebie oraz podniesienia poczucia własnej wartości.

W zakresie rozwoju motorycznego (motoryka mała) skupiono się na ćwiczeniu sprawności manualnych. Celem tych ćwiczeń było takie poprawienie sprawności, by dziecko dostatecznie mogło sobie radzić w czynnościach wymagających wykonywania drobnych, precyzyjnych ruchów ręki. Ćwiczenia motoryki dużej obejmowały z kolei poprawę ogólnej sprawności, umiejętności koordynacji ruchowej oraz ruchowo-wzrokowo-słuchowej.

18 *Starsze przedszkolaki. Jak skutecznie je wychowywać i kształcić w przedszkolu i w domu,* red. E. Gruszczyk-Kolczyńska, CEBP, Kraków 2014, s. 154.

19 S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009, s. 119–120.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

W sferze rozwoju poznawczego położono nacisk na rozbudzenie ciekawości poznawczej, rozwijanie postawy aktywnego badacza, naukę przez doświadczanie, zachęcanie do podejmowania aktywności własnej. Nacisk położono na rozwijanie myślenia, w tym myślenia przyczynowo-skutkowego, rozumowania matematycznego oraz pamięci i uwagi.

Założenia programu wspomagająco-wspierającego[20]:

1. Wdrożenie do życia społecznego poprzez uczestnictwo w zaplanowanych uroczystościach przedszkolnych.
2. Zwiększenie poczucia własnej wartości i samorealizacji poprzez:
   – kształtowanie pozytywnego myślenia,
   – uczenie wyrażania i nazywania własnych emocji, uczuć, myśli i przekonań,
   – wdrażanie do aktywnej pracy w grupie, w czasie zajęć edukacyjnych i w czasie zabawy.
3. Zwiększenie tempa pracy poprzez:
   – organizowanie przerw w czasie pracy,
   – ćwiczenia koncentracji,
   – ćwiczenia pamięci,
   – zapamiętywanie poprzez wykorzystywanie różnych technik,
   – stymulację pracy obu półkul.
4. Kształtowanie i rozwijanie sprawności manualnej, graficznej poprzez wykonywanie różnorodnych zajęć ręcznych, a zwłaszcza rysunków:
   – malowanie dużymi pędzlami na dużej powierzchni,
   – lepienie z plasteliny, gliny, modeliny, ciastoliny, masy solnej,
   – nawlekanie korali na sznurki,
   – malowanie form kolistych, falistych,
   – malowanie dużych konturowych rysunków,
   – malowanie palcami, wacikami,

20 Do opracowania programu wykorzystano m.in. propozycje ćwiczeń zawarte w: T. Gąsowska, Z. Pietrzak-Stępkowska, *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu,* WSiP, Warszawa 1994; *Owocna edukacja. Indywidualizacja pracy z dzieckiem w przedszkolu,* red. M. Kwaśniewska, W. Żaba-Żabińska, Grupa Edukacyjna S.A., Kielce 2011; I. Czajkowska, K. Herda, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole,* WSiP, Warszawa 1996, E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze dla dzieci, które rozpoczynają naukę w szkole,* Edukacja Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- wydzieranki, naklejanki z papieru, materiału, włóczki itp.,
- sznurkowe wyszywanki,
- wycinanie z papieru z uwzględnieniem stopnia trudności: cięcie po linii prostej, falistej, wycinanie kształtów figur geometrycznych i konturowych rysunków,
- rysowanie wzorów po śladzie, pogrubianie konturów,
- kalkowanie wzorów,
- rysowanie szlaczków literopodobnych w liniaturze, wg stopnia trudności: wodzenie po wzorze, kończenie rozpoczętego wzoru i odwzorowywanie.

5. Kształcenie i rozwijanie percepcji wzrokowej poprzez:
   - ćwiczenia usprawniające percepcję wzrokową na materiale obrazkowym:
     - różnicowanie figur geometrycznych pod względem kształtu, koloru, grubości i wielkości,
     - dobieranie w pary pasujących do siebie obrazków,
     - dorysowywanie brakujących elementów,
     - układanie obrazków i kompozycji według wzoru i z pamięci (mozaika),
     - układanki obrazkowe, puzzle,
     - dopasowywanie elementów do obrazka (wybieranie spośród różnych),
     - wyszukiwanie podobieństw i różnic między obrazkami,
     - układanki PUS,
     - rozpoznawanie i nazywanie przedmiotów na obrazkach,
   - ćwiczenia kształtujące percepcję wzrokową na materiale literowym:
     - zabawy w eksponowanie liczb i liter w celu ich zapamiętania,
     - odtwarzanie liczb i liter w odwrotnej kolejności,
     - układanie pociętych liter; alfabet – układanka obrazkowo-literowa,
     - rozpoznawanie kształtu liter, dobieranie par liter drukowanych i pisanych,
     - wyszukiwanie wskazanych liter, cyfr wśród innych poprzez wykreślanie, zaznaczanie,
     - wycinanie liter, cyfr z gazet, czasopism,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- wyklejanie konturów liter, cyfr, np. z obrazkami, których nazwy zaczynają się na wyklejaną literę, czy z liczbą elementów odpowiadających poznawanej cyfrze,
- dopasowywanie liter do obrazka.

6. Doskonalenie percepcji słuchowej:
   - różnicowanie dźwięków z najbliższego otoczenia (nazywanie i naśladowanie, łączenie dźwięku z obrazkiem, nazywanie odgłosów itp.),
   - powtarzanie struktur dźwiękowych (rytmów),
   - odtwarzanie rytmów (układów klocków), rysowanie wystukiwanych przez nauczyciela rytmów,
   - reagowanie na umówiony sygnał,
   - zabawy z instrumentami muzycznymi,
   - łączenie sylab, głosek w słowa,
   - dzielenie nazw obrazków na sylaby i głoski (wyklaskiwanie, wyliczanie na palcach, podskakiwanie itp.),
   - dopasowywanie liczby sylab, głosek do kartoników z cyferkami,
   - podawanie nazw na podaną przez nauczyciela sylabę,
   - wyróżnianie liczby wyrazów w zdaniu,
   - wyróżnianie głosek w nagłosie i wygłosie (na materiale obrazkowym, np. pokaż obrazek, którego nazwa zaczyna się na: o, a, k…; kończy się na: s, t, d…),
   - dobieranie w pary obrazków, których nazwa drugiego zaczyna się na głoskę, na którą kończy się pierwszy,
   - tworzenie wyrazów zaczynających się od ostatniej głoski podanej nazwy, np. las – sok – kot,
   - zabawy ruchowe ze śpiewem, klaskaniem, wytupywaniem itp.,
   - zabawy w tworzenie rymów; dobieranie rymującego się wyrazu, np. kot – płot.
7. Czytanie sylab i wyrazów:
   - tworzenie sylab dwuliterowych otwartych – podawanie spółgłosek do stałej samogłoski,
   - tworzenie sylab dwuliterowych otwartych – podstawianie samogłosek do stałej spółgłoski,
   - rozpoznawanie i czytanie całych sylab dwuliterowych,
   - wysłuchiwanie samogłosek w sylabach dwuliterowych otwartych,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- dobieranie par jednakowych sylab, dobieranie obrazków do sylab, dobieranie sylab do obrazków.

8. Ćwiczenia ogólnej sprawności ruchowej:
   - ćwiczenia równowagi (chodzenie po narysowanej linii, ławeczce gimnastycznej, równoważni, krawężniku itp.),
   - chody i marsze ze zmianą kierunku ruchu na określony sygnał (dźwiękowy, wzrokowy),
   - zagadki ruchowe (imitowanie i odgadywanie czynności) jako ćwiczenia wyobraźni i pamięci ruchowej,
   - zabawy wdrażające do gospodarowania własnymi ruchami i usprawniające koordynację ruchów (ćwiczenia rozmachowe obu ramion – ruchy płynne, rytmiczne ruchy zmienne, naśladowanie ptaków, samolotów, „orły na śniegu"),
   - zabawy ruchowo-zręcznościowe (toczenie, rzucanie i chwytanie różnych przedmiotów: woreczków, piłek, kółek),
   - zabawy zręcznościowe w sali (latające czapeczki, kręgle, bierki, pchełki itp.).
9. Ćwiczenia orientacji przestrzennej i w schemacie ciała:
   - układanie obrazków wg instrukcji słownej względem wyznaczonego przedmiotu (na dole, na górze, po prawej, po lewej, na dole, za, przed itp.),
   - rysowanie według poleceń.
10. Ćwiczenia w dodawaniu, odejmowaniu:
    - zabawy z przeliczaniem na materiale konkretnym,
    - gry dydaktyczne, zabawy ruchowe,
    - doliczanie i odliczanie przedmiotów,
    - gry „ściganki"; wyścigi na kartce z kostką,
    - liczenie przedmiotów w różnym kierunku,
    - kolorowanie wg kodu (wybrana figura geometryczna na określony kolor),
    - liczenie na kostkach do gry,
    - układanie działań do prostych zadań tekstowych,
    - układanie zadań tekstowych do prostych działań,
    - utrwalanie obrazu graficznego cyfr.
11. Ćwiczenia rozwijające myślenie:
    - łączenie w pary pasujących do siebie przedmiotów,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- co do siebie pasuje (np. co pasuje do kuchni? co do łazienki? co do parku?), a co nie pasuje?
- układanki PUS, Logico, mozaiki,
- grupowanie przedmiotów wg różnych kryteriów,
- tworzenie kolekcji,
- prawda/fałsz (wymyślanie zdań),
- szukanie przeciwieństw, podobieństw.

12. Ćwiczenia oddechowe wspomagające rozwój mowy:
    - dmuchanie w lekkie przedmioty zawieszone na nitce, w wiatraczki, piórka,
    - zdmuchiwanie kulek z bibuły/papieru ze stolika lub z powierzchni o różnej fakturze, przedmuchiwanie kulek z jednej strony stolika na drugą,
    - wciąganie powietrza nosem przy szeroko otwartych ustach,
    - dmuchanie przez słomkę na powierzchnię wody, kostkę lodu, dmuchanie przez słomkę, np. w butelce, w kubku, dmuchanie na stateczki płynące po wodzie,
    - dmuchanie w gwizdek, „dmuchajki",
    - nadmuchiwanie baloników,
    - naśladowanie odgłosów płukania gardła,
    - prawidłowe oddychanie wspomagane ruchami rąk, np. wdech – szybkie wznoszenie, wydech – powolne opuszczanie.
13. Ćwiczenia dźwiękonaśladowcze wspomagające rozwój mowy:
    - naśladowanie dźwięków samochodów specjalistycznych (samochód policyjny, strażacki, karetka pogotowia),
    - naśladowanie odgłosów zwierząt, pociągu: ruszającego, jadącego, hamującego,
    - naśladowanie usłyszanych dźwięków dochodzących z otoczenia,
    - zmiana natężenia siły głosu – od szeptu do głośnego mówienia słów, zdań, rymowanek i wyliczanek,
    - mówienie słów, zdań podanych przez nauczyciela na jednym wydechu.
14. Ćwiczenia artykulacyjne i narządów artykulacyjnych wspomagające rozwój mowy:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- wydymanie policzków, marszczenie nosa, wysuwanie szczęki dolnej do przodu i cofanie jej, ziewanie, naśladowanie żucia,
- usprawnianie języka: oblizywanie warg, wypychanie policzków językiem, dotykanie czubkiem języka kącików ust, brody, nosa, robienie rulonika z języka, kląskanie, ziewanie itp.,
- ćwiczenia utrwalające poprawną wymowę poszczególnych głosek.

W pracy wykorzystano metody: Kinezjologii Edukacyjnej wg Paula Dennisona[21], Dobrego Startu wg Marty Bogdanowicz[22], Ruchu Rozwijającego wg Weroniki Sherborne[23], Dzieci uczą misie wiersza, Rytmiczna organizacja czasu wg Edyty Gruszczyk-Kolczyńskiej[24], metody/techniki aktywizujące[25], oceniania kształtującego, behawioralną.

Autorka zastosowała wymienione metody, kierując się indywidualnymi potrzebami dziecka. Ich opis jest dostępny w literaturze pedagogicznej, z której może korzystać nauczyciel pracujący z dziećmi, w tym z dziećmi z zaburzeniami i trudnościami.

Do ćwiczeń z dzieckiem wykorzystano materiały własne opracowane na podstawie instrukcji zawartych w dostępnej literaturze metodycznej oraz gry dydaktyczne takich wydawnictw, jak: Alexander, Adamigo, Granna oraz Epideixis, m.in.: „Bystre oczko", „Detektyw", „Kot w worku", „Ciuciubabka", „Kukuryku", „Sylaby do zabawy", „Mozaika XXL", „Nawlekaj nie czekaj", „Pory roku", „PUS", „Patyczaki", „Figuraki", „Opowiem ci mamo 1", „Opowiem ci mamo 2", „Mała myszka" „Już czytam", „Głoski do zabawy". Wyboru ćwiczeń i gier dokonano na podstawie wyników przeprowadzonej diagnozy. Ich wykorzystanie przez badającą miało na celu wspieranie i wspomaganie rozwoju dziecka, a także redukowanie zdiagnozowanych trudności i zaburzeń.

21 P.E. Dennison, G. Dennison, *Gimnastyka mózgu: przewodnik dla rodziców i nauczycieli,* Międzynarodowy Instytut NeuroKinezjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów, Warszawa 2000.

22 M. Bogdanowicz, *Metoda Dobrego Startu*, WSiP, Warszawa 2008.

23 W. Sherborne, *Ruch Rozwijający dla dzieci*, PWN, Warszawa 2002.

24 E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, *Dziecięca matematyka. Książka dla rodziców i nauczycieli,* WSiP, Warszawa 1977.

25 I. Adamek, *Metody i formy wspierania uczniów w uczeniu się,* Wydawnictwo Szadek, Kraków 2007.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Tabela 11. Harmonogram zajęć prowadzonych w ramach programu wspomagająco-wspierającego

Zakres działań wspomagających	Czas realizacji
Wdrażanie do życia społecznego poprzez uczestnictwo w zaplanowanych uroczystościach przedszkolnych i szkolnych	Przez cały okres roku szkolnego
Zwiększenie poczucia własnej wartości; tempa pracy	Przez cały okres roku szkolnego
Rozwijanie sprawności manualnej oraz grafomotorycznej	Przez cały okres roku szkolnego. W miarę możliwości codziennie oraz w czasie organizowanych raz w tygodniu zajęć plastyczno-technicznych
Kształcenie i rozwijanie percepcji słuchowej oraz wzrokowej	Przez cały okres roku szkolnego. W miarę możliwości codziennie podczas zabaw, gier stolikowych oraz organizowanych raz w tygodniu 30-minutowych zajęć
Rozwijanie sprawności ruchowej oraz orientacji w przestrzeni i w schemacie ciała	Planowo wg harmonogramu korzystania z sali gimnastycznej, dwa razy w tygodniu podczas 45-minutowych zajęć w sali gimnastycznej oraz w czasie zabaw
Rozwijanie rozumowania matematycznego, myślenia logicznego, myślenia przyczynowo-skutkowego	Raz w tygodniu w czasie 30-minutowych zajęć oraz w czasie gier stolikowych i zabaw przeprowadzanych z dziećmi
Ćwiczenia oddechowe, dźwiękonaśladowcze i artykulacyjne (narządów artykulacyjnych)	Raz w tygodniu w czasie 30-minutowych zajęć

Źródło: opracowanie własne

Program wspomagająco-wspierający realizowany był od listopada 2014 do końca marca 2015 roku (między diagnozą wstępną a końcową) według ustalonego harmonogramu (tabela 11). Harmonogram mógł ulegać zmianom ze względu na specyfikę pracy przedszkola.

2.5. Diagnoza końcowa – wnioski i postulaty

W kwietniu 2015 roku została przeprowadzona diagnoza końcowa, oceniająca osiągnięcia chłopca po zakończeniu podjętych w przedszko-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

lu działań wspomagających. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że w porównaniu do diagnozy wstępnej chłopiec poczynił pewne postępy, jednak nadal wymagał intensywnej pracy ze specjalistami.

Rozwój społeczno-emocjonalny: Obserwowana była coraz większa samodzielność. Chłopiec samodzielnie się ubierał i rozbierał, jednak nadal nie nabył umiejętności wiązania butów. Starał się samodzielnie przygotowywać miejsce pracy oraz pamiętał, że należy je uporządkować. Starannie wypełniał obowiązki dyżurnego.

Gabryś z własnej inicjatywy podejmował próby wykonania zadania, był zorientowany w tym, co robi. Nie padały już na każde zadane pytanie odpowiedzi: „nie wiem". Jednak z powodu przejawianych trudności (problemy z koncentracją, nadruchliwość, impulsywność, stwierdzone dysharmonie w przebiegu rozwoju) podjęte czynności, zadania wykonywane były mało starannie i rzadko doprowadzane do końca. Odpowiedzi nie zawsze były adekwatne do zadanego pytania. Pomimo trudności chłopiec, jeśli był postawiony przed zadaniem, nie siedział bezradnie, tylko podejmował próby jego rozwiązywania.

Chętnie i aktywnie uczestniczył w życiu grupy. Brał czynny udział w uroczystościach organizowanych przez nauczyciela. Nawiązywał poprawne kontakty z rówieśnikami. Był bardzo chętny do wspólnej zabawy, inicjował ją, potrafił też sam sobie zorganizować czas wolny. Często się jednak zdarzało, że dzieci zwracały uwagę na jego nieodpowiednie zachowanie. Problemy były rozwiązywane na bieżąco oraz zgłaszane matce. W czasie rozmowy z nauczycielem wiedział, że zrobił źle, jednak nie był w stanie odpowiedzieć dlaczego. W trakcie zajęć nauczył się już siedzieć z grupą. Coraz rzadziej wychodził do toalety (wcześniej był to pretekst, gdy był znudzony). Pamiętał o zasadach przyjętych w grupie i na miarę swoich możliwości przestrzegał ich.

Rozwój fizyczny: Chłopiec nadal wykazywał małą sprawność ruchową. W porównaniu do diagnozy wstępnej potrafił już rzucać piłką w określonym kierunku (rzut słaby), jednak miał problemy z chwytaniem rzuconej piłki. Nadal też miał problemy z utrzymaniem koordynacji wzrokowo-ruchowej, choć wkładał dużo wysiłku w poprawne wykonanie ćwiczeń równoważnych, w przejście po linii prostej czy ławeczce, stanie na jednej nodze. Nie był jednak w stanie utrzymać równowagi. Podobnie było z wykonywaniem ruchów naprzemiennych. Potrafił już ustawiać się w parach i w rzędzie. Nie do końca umiał usta-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

wiać się w szeregu. Widać było, że nie wiedział, co ma zrobić, wpychał się pomiędzy dzieci, zamiast zająć miejsce na którymś z końców. Problem sprawiało mu również odliczanie do dwóch. Aktywnie uczestniczył w zajęciach fizycznych, grach i zabawach zespołowych, zabawach integracyjnych.

Sprawność manualna: W efekcie podjętych działań wspomagających chłopiec prawidłowo trzymał przybory piśmienne oraz prawidłowo posługiwał się nożyczkami (wciąż obserwowane było lekkie drżenie rąk), jednak wycinane elementy nadal były mało staranne i nie zawsze wycięte wzdłuż przerywanej linii. Widoczna była jednak zdecydowana poprawa w stosunku do wyników diagnozy wstępnej. Gabryś rozciął, złożył i przykleił obrazek bez wzoru (fot. 1–2), jednak staranność pracy budziła zastrzeżenia.

Prace plastyczne chłopca nadal były mało bogate w szczegóły, dominował jeszcze rysunek schematyczny, elementy nie zawsze rozmieszczone były na całej powierzchni kartki (rys. 1). Raczej rzadko samodzielnie podejmował wykonywał rysunek swobodny czy wykorzystywał prace na skserowanych kartach, do których dzieci miały swobodny dostęp. Szlaczki, wzory literopodobne wykonywał zgodnie z kierunkiem, jaki wyznaczały strzałki, raczej utrzymywał się w liniach.

Rys. 1. Rysunek Gabrysia, *Rodzina*; marzec 2015

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Fot. 1. Sprawność manualna; październik 2014

Fot. 2. Sprawność manualna; kwiecień 2015

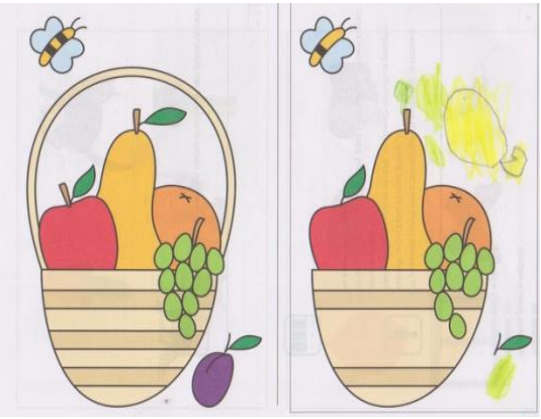
Mowa: Z uwagi na stwierdzony przez logopedę niezakończony rozwój mowy chłopiec wymagał dalszej terapii logopedycznej. Jego zasób słownictwa był na poziomie przeciętnym.

Percepcja wzrokowa: U chłopca nadal były widoczne problemy z odwzorowaniem kształtów i układów przedmiotów. Udało mu się wyszukać podobieństwa na obrazkach, jednak nie znalazł żadnej różnicy między obrazkami. W porównaniu do wyników diagnozy wstępnej, uzupełnił obrazek o większą liczbę brakujących elementów (2 el./6 el. we wstępnej i 8 el./10 el. w końcowej diagnozie) (fot. 3–4).

Percepcja słuchowa: Chłopiec popełniał błędy w czasie odtwarzania rytmu, w spowolniały sposób reagował na zmianę tempa i wysokości oraz dynamiki dźwięków utworów muzycznych. Dzielił wyrazy na sylaby, jednak nadal nie potrafił wyróżnić głosek w nagłosie i wygłosie, problem sprawiała mu również synteza głoskowa i sylabowa.

Pamięć i uwaga: Chłopiec nadal miał problemy z zapamiętaniem i odtwarzaniem krótkich tekstów literackich czy piosenek. Wymagał dłuższego czasu nauki. Pomimo poprawnego wykonania zadania na kartach diagnozy (na podstawie wysłuchanego tekstu) przejawiał pro-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

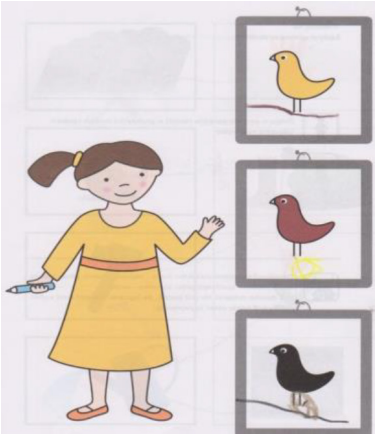


Fot. 3. Percepcja wzrokowa;
październik 2014

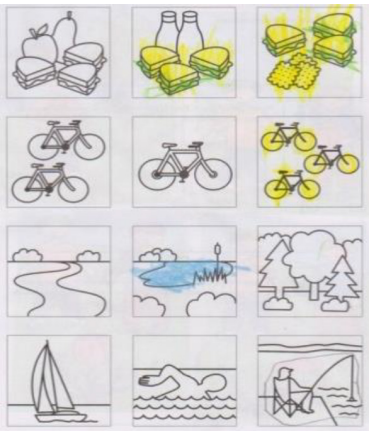
Fot. 4. Percepcja wzrokowa;
kwiecień 2015

blemy ze skupieniem. Z obserwacji wynikało, że podczas pracy w grupie, zespole czy w parach był rozkojarzony. Bywało, że sprawiał wrażenie nieobecnego. Chociaż zrobił widoczne postępy, to jednak jego zachowanie nadal budziło zastrzeżenia. Efekty pracy z chłopcem można dostrzec na fotografii 5 i 6 (zadanie do wykonania na podstawie wysłuchanego tekstu).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316



Fot. 5. Pamięć i uwaga; październik 2014[26]



Fot. 6. Pamięć i uwaga; kwiecień 2015[27]

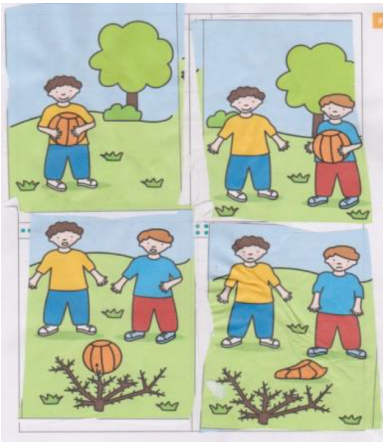
Myślenie: W porównaniu do wyników diagnozy wstępnej chłopiec z niewielką pomocą połączył przyczynę ze skutkiem i odczytał informacje przekazywane za pomocą symboli. Uzasadnianie wyborów w sposób logiczny i adekwatny do sytuacji sprawiało mu nadal problemy. Chętnie podejmował próby rozwiązywania zagadek i łamigłówek, jednak podawane rozwiązania były chybione. Efekty podjętych ćwiczeń wspomagających i poziom jego umiejętności pokazują fotografie 7 i 8.

26 Instrukcja do zadania z października 2014 r.: *Posłuchaj, co Kasia narysowała na obrazkach: na pierwszym narysowała żółtego ptaka w trawie. Na drugim – brązowego ptaka na gałązce. Na ostatnim narysowała czarnego ptaka w gnieździe. Dokończ rysować obrazki, aby wyglądały tak samo jak prace Kasi.*

27 Instrukcja do zadania z kwietnia 2015 r.: *Posłuchaj uważnie i zapamiętaj opowiadanie Mateusza, następnie pokoloruj tylko te obrazki, które są z nim związane: Wczoraj był wspaniały dzień. Rano mama zrobiła kanapki i schłodziła napoje. Tata przygotował trzy rowery. Wyruszyliśmy nad jezioro. Spędziliśmy tam miło czas. Największą atrakcją było łowienie ryb. To była bardzo udana wycieczka.*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Fot. 7. Myślenie przyczynowo-skutkowe; październik 2014[28]



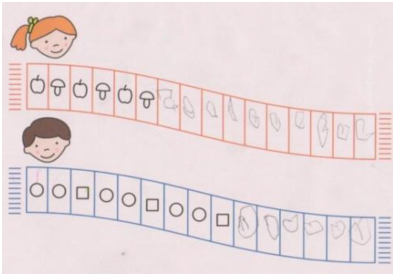
Fot. 8. Myślenie przyczynowo-skutkowe; kwiecień 2015[29]

Rozumowanie matematyczne: Chłopiec nadal miał problemy z rozróżnianiem strony lewej i prawej, ustaleniem położenia przedmiotów w przestrzeni, porównywaniem liczebności zbiorów. Stosował określenia „więcej", „mniej", wahał się przy „tyle samo". Przy większej liczbie elementów (4) porządkowanie obiektów od najmniejszego do największego (od najlżejszego do najcięższego, od najkrótszego do najdłuższego itd.) sprawiało mu problem. Popełniał błędy, licząc na materiale konkretnym, ustalając wynik dodawania i odejmowania. Nie stosował liczebników porządkowych, mylił podstawowe figury geometryczne, mylił się (przy dłuższych rytmach), kontynuując podany wzór. Zastrzeżenia nadal budziło wykonanie graficzne prac. Poziom umiejętności z zakresu rozumowania matematycznego prezentują fotografie 9–14.

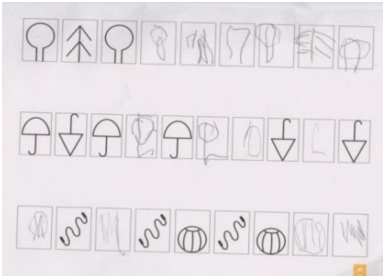
28 Instrukcja do zadania z października 2014 r.: *Połącz w pary rysunki w grubych ramkach z rysunkami w cienkich ramkach.*

29 Instrukcja do zadania z kwietnia 2015 r.: *Rozetnij obrazki wzdłuż linii, a następnie ułóż je w odpowiedniej kolejności.*

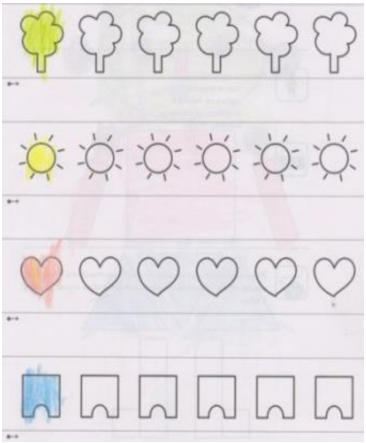
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316



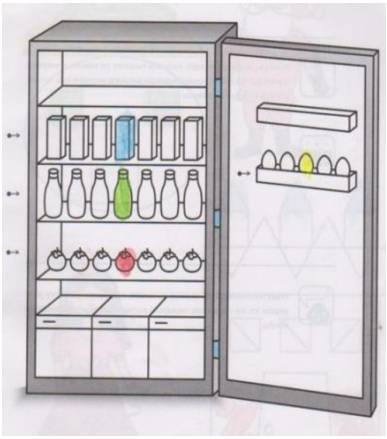
Fot. 9. Rytm; październik 2014



Fot. 10. Rytm; kwiecień 2015



Fot. 11. Liczebniki porządkowe; październik 2014[30]



Fot. 12. Liczebniki porządkowe; kwiecień 2015[31]

30 Instrukcja do zadania z października 2014 r.: *Pokoloruj: trzecie drzewo na zielono, piąte słońce na żółto, drugie serce na czerwono, szósty klocek na niebiesko.*

31 Instrukcja do zadania z kwietnia 2015 r.: *Pokoloruj w lodówce: trzeci karton z mlekiem na niebiesko, siódma butelkę z sokiem na zielono, piątego pomidora na czerwono, drugie jajko na żółto.*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Fot. 13. Orientacja w przestrzeni; październik 2014[32]

Fot. 14. Orientacja w przestrzeni; kwiecień 2015[33]

Wiedza ogólna: Chłopiec przedstawiał się imieniem i nazwiskiem, znał swój adres zamieszkania, wiedział, w jakim kraju mieszka, wymieniał w prawidłowej kolejności pory roku. Mylił nazwy i kolejność dni tygodnia. Wiedział, czym się charakteryzują poszczególne pory roku. Podawał przykłady odpowiedniego zachowania w sytuacjach zagrożenia, wymieniał warunki potrzebne do wzrostu roślin i zwierząt.

Chłopiec nie osiągnął dojrzałości szkolnej, dlatego na podstawie opinii ze specjalistycznej poradni psychologiczno-pedagogicznej została podjęta decyzja o odroczeniu obowiązku szkolnego. Chłopiec wymagał intensywnej terapii pedagogiczno-psychologicznej.

32 Instrukcja do zadania z października 2014 r.: *Narysuj: dzwonek po prawej stronie drzwi, żarówkę nad drzwiami, skrzynkę na listy z lewej strony drzwi, dziurkę od klucza pod klamką.*

33 Instrukcja do zadania z kwietnia 2015 r.: *To regał z zabawkami dla dzieci. Narysuj: książkę na półce nad samochodem, robota na półce pod samochodem, piłkę na półce z prawej strony samochodu, klocki w koszyku, to, czym lubisz się bawić obok lalki po lewej stronie.*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Nie zaniechano prób zorganizowania pomocy dla dziecka. Po tym, jak odrzucono wniosek o przydzielenie wczesnego wspomagania rozwoju z powodu błędnie wypisanego zaświadczenia przez neurologa, zaproponowano matce konsultację u innego lekarza. Wskazany neurolog napisał, że dziecko wymaga kontroli, badań i leczenia. Została postawiona diagnoza, która obejmowała: nadpobudliwość psychoruchową, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia snu, opóźniony rozwój mowy, wadę wymowy, toksokarozę, dysharmonię rozwojową, trudności szkolne.

Dziecko zostało również skierowane do lekarza psychiatry, który rozpoznał zaburzenia hiperkinetyczne z deficytem uwagi i zaburzenia zachowania (kod F90.1 wg ICD-10), będące wskazaniem do wczesnego wspomagania rozwoju.

Z powodu nasilających się u dziecka zaburzeń matka zdecydowała się na złożenie wniosku o orzeczenie o jego niepełnosprawności. Ponieważ bardzo niepokoił ją pogarszający się stan dziecka, zdecydowała się również na zdiagnozowanie go w Polskim Stowarzyszeniu Terapii Behawioralnej (dalej: PSTB).

W rozmowie z psychologiem i oligofrenopedagogiem matka zgłaszała niepokojące zmiany w zachowaniu syna, z którymi nie była sobie w stanie poradzić. Dotyczyły one przede wszystkim zachowań agresywnych, które wcześniej nie miały miejsca. Zdarzyło się, że chłopiec zepchnął ją z krzesła, gdy na nim stała, a upadając, mocno się potłukła i rozcięła głowę. Innym razem zamierzył się na nią z nożem. Bez powodu dotkliwie bił młodszego brata, szarpał za włosy starszą siostrę, kopał ją. Nagminne stało się również używanie przez niego wulgaryzmów. W efekcie rodzeństwo zaczęło naśladować zachowania chłopca, co przełożyło się na bardzo ciężką sytuację w domu.

Podobne zachowania były obserwowane w przedszkolu i na świetlicy. Dodatkowym utrudnieniem dla matki stał się fakt, ze syn nie chciał tam chodzić. Tłumaczyła to negatywnym stosunkiem dzieci i nauczycielek do chłopca. Dużym zdziwieniem było dla niej, że wychowawczyni, na potrzeby diagnozy w PSTB, wystawiła mu pochlebną opinię. Dokument jednak nie był przez nią podpisany ani potwierdzony pieczątkami szkoły.

W opinii wystawionej przez psychologa i oligofrenopedagoga z PSTB stwierdzono, że chłopiec miał dobry kontakt społeczny i emo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

cjonalny z badającym, prowadził z nim dialog, był gotowy do wykonywania poleceń przy wprowadzeniu motywacji zewnętrznej. Zwrócono uwagę na umiejętność uczestniczenia w relacji naprzemiennej, występowanie wspólnego pola uwagi i uwagi wspólnie kierowanej. Jako adekwatne do wieku oceniono rozumienie stanów emocjonalnych i sytuacji społecznych innych osób.

Obserwacja poczyniona przez osoby badające w PSTB, a dotycząca zdiagnozowanych zaburzeń, była zbieżna z obserwacjami poczynionymi w przedszkolu (diagnoza wstępna i końcowa w roku szkolnym 2014/2015), jak i wynikami diagnozy przeprowadzonej w poradni. Potwierdziły się zaburzenia występujące u chłopca, czyli duża przerzutowość uwagi[34], trudności w skupieniu uwagi na zadaniu, krótkie ślady pamięciowe, zaburzenia umiejętności grafomotorycznych i niższy, w stosunku do wieku, poziom umiejętności szkolnych.

W wyniku podjętych działań dziecku zostało wystawione orzeczenie o niepełnosprawności z powodu zaburzeń psychicznych. Należy jednak zaznaczyć, że przez cały okres starania się o orzeczenie chłopiec, poza pracą z nauczycielem w grupie przedszkolnej, był pozbawiony innej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Ta została podjęta dopiero w marcu 2015 roku w ramach przyznanego, po wielu staraniach, wczesnego wspomagania rozwoju.

***

Gabryś od początku naszej współpracy, a więc od września 2014 roku, zrobił postępy w rozwoju na miarę swoich możliwości. Niewątpliwie przyczyniła się do tego świadomość mamy, która dostrzegała u syna przejawy niepokojących zachowań, oraz wczesne rozpoznanie problemów i zaburzeń w przedszkolu. Wczesna obserwacja i idąca za tym diagnoza przedszkolna pozwoliły na szybkie uchwycenie zaburzeń i dysharmonii oraz wdrożenie działań wspomagających. Były

34 Przerzutność uwagi to możliwość zmiany obiektu lub działania, na którym skupiona była uwaga. Zaburzenia przerzutności uwagi mogą być związane zarówno z niedostatecznym, jak i nadmiernym rozwinięciem tej cechy. Nadmierna przerzutność uwagi powoduje chaotyczność myśli i działań, które są zdezorganizowane i bezproduktywne. Z kolei niedostateczna przerzutność objawia się trudnością z przechodzeniem do innego obiektu zainteresowania, http://www.psychiatria.pl/porada/lunatyzm/3706.html (dostęp 11.10.2017).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

również podstawą do pokierowania chłopca do dalszych, szczegółowych badań i konsultacji. Dzięki nim, po wielu trudach, dziecko zostało objęte wielospecjalistyczną opieką. Umożliwiła mu ona w miarę poprawne funkcjonowanie w środowisku społecznym oraz przyczyniła się do stymulacji rozwoju psychofizycznego, a w efekcie – do podjęcia nauki w szkole.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Podsumowanie

Podstawa programowa kładzie szczególny nacisk na wczesne rozpoznanie indywidualnych potrzeb edukacyjnych oraz rozwój psychofizyczny dzieci. Celem rozpoznania ma być uchwycenie ewentualnych, wcześniej niezauważonych, trudności/dysharmonii czy zaburzeń rozwojowych.

Odstępstwa od przyjętych norm rozwojowych powinny być zauważone przez nauczyciela obserwującego dziecko w różnych sytuacjach lub stwierdzone na podstawie analizy wyników przeprowadzonej diagnozy. Jak zauważa Zbigniew Tarkowski[1], a co można było stwierdzić na podstawie przeprowadzonych badań własnych, proces diagnozowania dziecka jest procesem trudnym i skomplikowanym, rodzącym wiele wątpliwości. Należy jednak pamiętać, że jego celem jest ustalenie kluczowego problemu. W procesie tym zawsze możemy posiłkować się diagnozą specjalistyczną (lub też kilkoma diagnozami specjalistycznymi), która pozwoli nam na ukierunkowanie procesu terapeutycznego.

Odwołanie się w badaniach do diagnozy interdyscyplinarnej pozwoliło na dogłębne poznanie dziecka i umożliwiło ukierunkowanie wspomagania jego rozwoju. Wyniki przeprowadzonych badań dowiodły bowiem, że diagnoza interdyscyplinarna odgrywa znaczącą rolę w identyfikowaniu zaburzeń/dysharmonii czy trudności u małego dziecka i pozwala na skuteczne planowanie procesu wspomagania jego rozwoju. Stąd należy przyjąć, że w przestrzeni edukacyjnej (przedszkola i szkoły) diagnoza interdyscyplinarna pozwala na pełne poznanie dziecka i wprowadzenie działań wspomagająco-wspierających. Stąd też nauczyciele, zarówno przedszkola, jak i edukacji elementarnej, powinni nie tylko posiadać umiejętności diagnozowania i podejmowania działań wspomagająco-wspierających rozwój dziecka, ale również znać symptomy/syndromy zaburzeń psychopatologicznych i na ich podstawie kierować dzieci na diagnozy specjalistyczne.

Wyniki przeprowadzonych badań dowiodły również, że opracowanie i wprowadzenie programu wspomagająco-wspierającego oraz kon-

1 Z. Tarkowski, *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy,* Harmonia, Gdańsk 2016, s. 121.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

sekwentne jego realizowanie przyniosło zamierzone efekty i pozwoliło na zmniejszenie obserwowanych i zdiagnozowanych trudności/zaburzeń oraz nabycie nowych umiejętności.

Analiza *case study* pokazała również specyfikę problemów, jakie napotykają i z jakimi muszą się borykać rodzice dzieci ze zdiagnozowanymi trudnościami/dysharmoniami czy zaburzeniami w rozwoju. Dowiodła również, jak istotna jest wiedza i kompetencja nauczyciela w obliczu zastanej sytuacji.

W procesie diagnozowania niezwykle ważne jest budowanie wspólnej przestrzeni terapeutycznej między dzieckiem a nauczycielem. Pozwala to nauczycielom na tworzenie działań wspomagających i wspierających nastawionych na osobę dziecka. Można uznać, że cel ten w przypadku opisanego dziecka został spełniony.

Podsumowując, można stwierdzić: „Obowiązek diagnozowania rozwoju dziecka, wpisany w powinność pedagogiczną nauczyciela, nie musi wiązać się z jakimikolwiek trudnościami, jeżeli tylko podejdzie się do niego z rzetelnym przygotowaniem teoretycznym, ze zrozumieniem prawidłowości rozwoju, znajomością zasad, technik i narzędzi badawczych […], ale przede wszystkim z szacunkiem, tolerancją i ludzką życzliwością w stosunku do ocenianego podmiotu o ogromnej wrażliwości, jakim jest dziecko”[2].

2 M. Kwaśniewska, W. Żaba-Żabińska, *Nasze przedszkole. Program edukacji przedszkolnej wspomagający rozwój aktywności dzieci,* MAC, Grupa Edukacyjna S.A., Kielce 2009, s. 65.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Aneks

Ankieta dla rodziców[1]

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Informacje o rodzicach
   Matka
   - wiek .....
   - wykształcenie .....
   - zawód .....

   Ojciec
   - wiek .....
   - wykształcenie .....
   - zawód .....
4. Rodzeństwo
   - liczba .....
   - płeć .....
   - wiek .....
5. Warunki mieszkaniowe rodziny / liczba pomieszczeń .....
6. Warunki materialne rodziny .....
7. Stan zdrowia domowników .....
8. Przebieg ciąży
   - bez powikłań
   - z powikłaniami. Proszę podać jakie? .....
9. Kolejność ciąży .....
10. Poród
    - w terminie
    - przedwczesny (o ile?) .....
    - po terminie (o ile?) .....

1 Opracowanie własne na podstawie materiałów udostępnionych przez SPPP.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

11. Przebieg porodu
    - bez komplikacji
    - z komplikacjami. Proszę podać jakimi?

      .....
12. Liczba punktów w skali Apgar .....
13. Czy dziecko posiada wady wrodzone?
    - nie
    - tak. Proszę podać jakie?

      .....
14. Czy dziecko przebyło poważne choroby lub urazy?
    - nie
    - tak. Proszę podać jakie?

      .....
15. Proszę ocenić aktualny stan zdrowia dziecka.
    - dobry/zły
      Jeśli zły, to co mu dolega? .....
    - wzrok: prawidłowy/nieprawidłowy
      Jeśli nieprawidłowy, to jaka wada? .....
    - słuch: prawidłowy/nieprawidłowy
      Jeśli nieprawidłowy, to jaka wada? .....
16. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?
    - nie
    - tak. Proszę podać na jakie?

      .....
17. Proszę podać w przybliżeniu wiek, w którym dziecko zaczęło:
    siadać ..... raczkować ..... chodzić .....
18. Wiek pojawienia się pierwszych słów ..... zdań .....
19. Czy występują u dziecka lęki lub fobie?
    - nie
    - tak. Proszę podać jakie?

      .....
20. Czy dziecko jest pod opieką specjalisty?
    - nie
    - tak. Proszę podać jakiego?

      .....
21. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych
    - nie
    - tak. Proszę wymienić w jakich?

      .....

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

22. Czy dziecku podawane są leki?
    - nie
    - tak. Proszę podać jakie?

    .....
23. Stosunek rodzeństwa do dziecka (proszę zakreślić): pozytywny/negatywny/obojętny, inne .....
24. Stosunek dziecka do rodzeństwa (proszę zakreślić): pozytywny/negatywny/obojętny, inne .....
25. Proszę określić stopień aktywności dziecka w domu. Można wybrać kilka odpowiedzi.
    pobudzone, kapryśne, hałaśliwe, wszędzie go pełno, zamknięte w sobie, ciche, impulsywne, spokojne, apatyczne, milczące, wrażliwe, płaczliwe, krnąbrne, inne .....
26. Jak dziecko radzi sobie w grupie rówieśniczej? Można wybrać kilka odpowiedzi. Proszę je podkreślić.
    - przewodzi grupie
    - jest bezkonfliktowe
    - bawi się z rówieśnikami
    - na wyraźne zaproszenie przyłącza się do grupy
    - preferuje tylko swoje towarzystwo
    - sprzeciwia się zabawie z innymi
    - reaguje agresywnie (popycha, bije, wyrywa zabawki, krzyczy, kopie, pluje itp.)
    - przyjmuje postawę uległą
    - jest nieśmiałe, stoi z boku
    - obserwuje kolegów
    - jest: nieśmiałe, bojaźliwe, lękliwe, wycofane, szuka oparcia w opiekunie, z łatwością nawiązuje kontakty, otwarte, ufne, przyjacielskie, z trudnością słucha i reaguje, inne .....
27. Czy u dziecka występują zachowania niepożądane?
    - nie
    - tak. Proszę wymienić jakie?

    .....
28. W jaki sposób dziecko komunikuje się z otoczeniem? Można wybrać kilka odpowiedzi. Proszę je podkreślić.
    - jasno i wyraźnie mówi o swoich potrzebach
    - formułuje proste zdania

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

- sygnalizuje potrzeby
- wstydzi się odezwać do osób dorosłych
- ma problemy z mową
- odzywa się tylko wtedy, gdy jest pytane
- gestem lub mimiką

29. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?
    - tak
    - nie
30. Proszę zaznaczyć zakres samodzielności dziecka:
    - sprząta zabawki
    - samodzielnie je posiłki
    - korzysta z toalety
    - potrafi umyć ręce
    - płacze, kiedy napotyka trudności
    - sygnalizuje osobie dorosłej problem
    - działania dziecka muszą być ciągle wspierane
    - jest całkowicie zależne od osoby dorosłej
    - ubiera się/rozbiera się
31. Co dziecko lubi robić w wolnym czasie? Proszę wymienić.
    - malować
    - lepić z plasteliny
    - wycinać
    - śpiewać piosenki
    - tańczyć
    - oglądać książki – o jakiej tematyce? .....
    - oglądać bajki – jakie? .....
    - grać na komputerze

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Bibliografia

Adamek I., *Metody i formy wspierania uczniów w uczeniu się,* Wydawnictwo Szadek, Kraków 2007.

Al-Khamisy D., *Diagnoza gotowości szkolnej sześciolatka: zadania, karty pracy, komputerowy program do analizy wyników,* Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza, Warszawa 2007.

Apanowicz J., *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie, prace habilitacyjne*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa 2005.

Bąbka A., *Diagnoza rozwoju ucznia rozpoczynającego edukację szkolną. Materiały pomocnicze dla nauczycieli kształcenia zintegrowanego,* Częstochowa 2004.

Boenisch B. i in., *ABC konstruowania indywidualnych programów edukacyjnych*, MSCDN, Płock 2007.

Bogdanowicz M., *Metoda Dobrego Startu*, WSiP, Warszawa 2008.

Bogdanowicz M., *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym,* WSiP, Warszawa 1985.

Bogdanowicz M., *Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych,* „Psychologia Wychowawcza" 1995, nr 3, s. 216–222.

Borowiecka R., *Trudności w uczeniu się a zaburzenia integracji sensorycznej*, [w:] *Zeszyt terapeuty, edukacja, profilaktyka, terapia,* red. I. Sosin, M. Matraszak, PTD WO, Warszawa.

Boyd D., Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka,* Zysk i S-ka, Poznań 2008.

Brzezińska A., *Portrety psychologiczne człowieka. Jak zmienia się człowiek w ciągu życia*?, „Remedium" 2003, 4 (122), s. 3–8.

Brzezińska A.I., Urbańska J., *Emocje sześciolatka,* [w:] A.I. Brzezińska i Zespół, *Rozwój i wychowanie dziecka: rodzina, przedszkole, szkoła, zabawa, nauka,* Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Psychologii, Poznań 2013 s. 46–49.

Brzezińska A.I., *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności,* GWP, Gdańsk 2009.

Brzezińska A.I., *Jak przebiega rozwój człowieka?,* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa,* red. A.I. Brzezińska, GWP, Gdańsk 2005.

Brzeziński J., Kowalik S., *Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej,* Cz. II, [w:] *Społeczna psychologia kliniczna,* red. H. Sęk, PWN, Warszawa 1998.

Chandler F., *Pomagamy dziecku w nauce czytania i pisania,* Wydawnictwo Publicat, Poznań 2008.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Chmielewska D., *Diagnoza i wspomaganie rozwoju mowy dzieci wchodzących w obowiązek szkolny,* [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w edukacji dziecka,* red. E. Marek, J. Łuczak, Naukowe Wydawnictwo Piotrowskie, Piotrków Trybunalski 2010, s. 193–200.

Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia,* Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2008.

Cieszyńska-Rożek J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa,* Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2013.

Cybulska R., *Kierunki zmian w zakresie wspierania ucznia w przedszkolu, szkole lub placówce*, [w:] *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego*, ORE, Warszawa 2017.

Cygan B., *Doświadczanie świata przez dziecko sposobem wspierania jego rozwoju*, [w:] *Edukacja (dla) dziecka – od trzylatka do sześciolatka*, red. J. Bałachowicz, Z. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 137–143.

Cytowska B., *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka,* red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

Cytowska B., Wilczura B., *Dziecko z zaburzeniami rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2016.

Czajkowska I., Herda K., *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole,* WSiP, Warszawa 1996.

Czarnecka-Zreda M., *Rozwój mowy u dzieci,* materiały wydawnictwa RAABE, http://cloud.edupage.org/cloud/rozwoj_mowy%281%29.pdf?z%3A13waWz1cGAGcSXlZQZ8bPHq%2FXxbkZ%2BD7OjIbeJ7ddpFXQEO7Lo198csT5a0GbjjN (dostęp 23.06.2017).

Czub M., Matejczuk J., *Rozwój społeczno-emocjonalny w pierwszych sześciu latach życia. Perspektywa jednostki, rodziny i społeczeństwa,* Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015.

Daniluk B., *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci,* [w:] *Neuropsychologia kliniczna dziecka,* red. A.R. Borkowska, Ł. Domańska, PWN, Warszawa 2007.

Dennison P.E., Dennison G., *Gimnastyka mózgu: przewodnik dla rodziców i nauczycieli*, Międzynarodowy Instytut NeuroKinezjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów, Warszawa 2000.

Derewlana H., Kacprzak A., *Zindywidualizowane ścieżki realizacji obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz kształcenia,* [w:] *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w systemie edukacji w świetle nowych przepisów prawa oświatowego*, ORE, Warszawa 2017.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Edukacja zdrowotna, red. B. Wojnarowska, PWN, Warszawa 2010.

Elementy diagnostyki pedagogicznej, red. L. Lepalczyk, J. Badura, PWN, Warszawa 1987.

Encyklopedia pedagogiczna, red. W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997.

Franczyk A., Krajewska K., *Zabawy i ćwiczenia na cały rok. Propozycje do pracy z dziećmi młodszymi o specjalnych potrzebach edukacyjnych,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.

Gąsowska T., Pietrzak-Stępkowska Z., *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu,* WSiP, Warszawa 1994.

Godwin Emmons P., McKendry Anderson L., *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa 2007.

Górniewicz E., *Trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci,* Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2000.

Gruszczyk-Kolczyńska E., *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki,* WSiP, Warszawa 1994.

Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., *Dziecięca matematyka. Książka dla rodziców i nauczycieli,* WSiP, Warszawa 1977.

Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki szkolnej. Jak prowadzić obserwacje dzieci, interpretować wyniki i formułować wnioski,* CEBP, Kraków 2011.

Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., *Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze dla dzieci, które rozpoczynają naukę w szkole,* Edukacja Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009.

Grządkowska A., Pietrzak-Kurzac M., Rusiak P., *Umiejętności społeczne dzieci. Dla wszystkich starczy miejsca pod wielkim dachem nieba. Dziecko z rodziny dysfunkcyjnej w szkole,* Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006.

Grzegórzko J., *Diagnoza pedagogiczna*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, T. 1, A–F, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.

Grzywniak C., *Stymulacja rozwoju dzieci z trudnościami w uczeniu się – nowe tendencje,* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012.

Guziuk-Tkacz M., *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2011.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Guziuk-Tkacz M., *Diagnozowanie w pracy socjalnej*, [w:] *Koncepcje i praktyka działania społecznego w pracy socjalnej*, red. E. Kantowicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2010.

Han-Ilgiewicz N., *Nieznośni chłopcy. Typy plastyczności psychicznej w diagnostyce szkolnej,* Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1960.

Hellbrügge T. i in., *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa,* Antykwa, Kraków 1994.

Hurlock E.B., *Rozwój dziecka,* PWN, Warszawa 1985.

Jałowiecka A., *Charakterystyka typowych zaburzeń rozwojowych dzieci,* [w:] *Dziecko sześcioletnie w szkole,* red. J. Karczewska, M. Kwaśniewska, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2009.

Jarosz E., *Diagnoza psychopedagogiczna – ogólne założenie teoretyczne*, [w:] *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania,* red. E. Jarosz, E. Wysocka, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.

Jarosz E., *Diagnoza rodziny,* [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku,* T. 1, A–F, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.

Jarosz E., *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego,* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2001.

Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., *Diagnoza i terapia logopedyczna zaburzeń komunikacji u dzieci,* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi,* T. 2, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003.

Jezierska-Wiejak E., *Wspomaganie rozwoju małego dziecka w wieku przedszkolnym – propozycje rozwiązań metodycznych,* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001.

Karga M., *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Wilczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

Karwowska-Struczyk M., Hajnicz W., *Obserwacja w poznawaniu dziecka*, WSiP, Warszawa 1998.

Kawula S., *Diagnostyka pedagogiczna środowiska*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku,* T. 1, A–F, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.

Kielar-Turska M., *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganiem rozwoju,* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorek-*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

cja, red. B. Kaja, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 2003.

Kielar-Turska M., *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny,* [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, PWN, Warszawa 2005, s. 83–129.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, red. J. Wciórka, S. Pużyński, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne, red. J. Wciórka, S. Pużyński, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1998.

Klus-Stańska D., *Konteksty teoretyczne nadawania znaczeń przez dzieci. Wokół pytań o rozumienie pedagogicznego wsparcia,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* red. W. Puślecki, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 38–45.

Kmiecik-Baran K.*, Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne,* „Przegląd Psychologiczny" 1995, T. 38, nr 1/2.

Kolano D., *Współpraca rodziców dzieci upośledzonych umysłowo ze szkołą na przykładzie specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego w Rudniku nad Sanem,* [w:] *Czas na dialog! Materiały z II Ogólnopolskiej Konferencji Nauczycieli szkolnictwa specjalnego,* red. N. Grzegorczyk-Dłuciak, Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej, Kraków 2010.

Korczak J., *Jak kochać dziecko. Dziecko w rodzinie*, [w:] *Dzieła*, T. 7, red. H. Kirchner i in., Oficyna Wydawnicza Latona, Warszawa 1993.

Korczak J., *Momenty wychowawcze*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1919.

Korczak J., *Wybór pism pedagogicznych*, T. I, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1957.

Kozdroń A., *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc,* Difin, Warszawa 2015.

Krajewski J., Krajewska K., *Gotowość szkolna dzieci kończących edukację przedszkolną*, [w:] *Edukacja (dla) dziecka – od trzylatka do sześciolatka*, red. J. Bałachowicz, Z. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 185–202.

Kranowitz C.S., *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie,* Harmonia, Gdańsk 2012.

Krauze-Sikorska H., *Indywidualizacja w procesie nauczania a wspomaganie i wspieranie rozwoju dziecka z „układu ryzyka" zaburzeń,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* red. W. Puślecki, Wrocław 2008, s. 321–329.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Krauze-Sikorska H., *Protodiagnoza pedagogiczna jako warunek konieczny wspomagania i wspierania rozwoju dziecka rozpoczynającego edukację szkolną,* [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w edukacji dziecka*, red. E. Marek, J. Łuczak, Naukowe Wydawnictwo Piotrowskie, Piotrków Trybunalski 2010, s. 51–61.

Kruk-Lasocka J., Krajewski J., Bartosik B., *Wspieranie rozwoju dziecka przedszkolnego w świetle koncepcji psychomotoryki,* [w:] *Edukacja (dla) dziecka – od trzylatka do sześciolatka,* red. J. Bałachowicz, Z. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 169–184.

Kwaśnica R., *Wprowadzenie do myślenia o wspomaganiu nauczycieli w rozwoju,* Wrocławska Oficyna Nauczycielska Wojewódzkiego Ośrodka Metodycznego, Wrocław 1994.

Kwaśniewska M., Żaba-Żabińska W., *Nasze przedszkole. Program edukacji przedszkolnej,* MAC, Kielce 2009.

Lee C., *Wzrastanie i rozwój dziecka*, WSiP, Warszawa 1997.

Lisowska E., *Wprowadzenie do diagnozowania pedagogicznego,* Wydawnictwo Wszechnicy Świętokrzyskiej, Kielce 2003.

Maas V.F., *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej,* WSiP, Warszawa 1998.

Maciarz A., *Mały leksykon pedagoga specjalnego*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.

Marcinkowska B., *Indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne*, [w:] *Dydaktyka specjalna – przygotowanie do kształcenia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Podręcznik akademicki*, red. J. Głodkowska, Wydawnictwo APS, Warszawa 2010.

Marek E., Nadrowska K., *Przewodnik metodyczny. Diagnoza gotowości dziecka do podjęcia nauki szkolnej*, WSiP, Warszawa 2010.

Matejczuk J., *Rozwój dziecka. Wiek przedszkolny,* [w:] *Niezbędnik dobrego nauczyciela,* Seria I, *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, T. 2, red. A.I. Brzezińska, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

Mazurkiewicz E., *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej. U źródeł zastosowań prakseologii w pracy socjalnej,* Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1983.

Meinders-Lücking F., Loy S., *Czy moje dziecko osiągnęło dojrzałość szkolną?,* Jedność, Kielce 2009.

Melon A., *Sześciolatek na progu szkoły,* „Życie Szkoły" 2009, nr 6, s. 22–25.

Miller L.J., *Dzieci w świecie doznań. Jak pomóc dzieciom z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego?,* Harmonia, Gdańsk 2016.

Minczakiewicz E.M., *Psychoruchowy rozwój dziecka. Diagnoza. Propozycje wsparcia i pomocy rodzinie,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Muchacka B., *Okresy krytyczne na poszczególnych etapach edukacyjnych – doświadczenie osobiste i potencjalne możliwości dziecka,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* red. W. Puślecki, Wrocław 2008, s. 110–117.

Niedźwiecka A., Piwowońska J., Wisła I., *Informator dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. Jestem mamą. Nie rehabilitantką. Jestem tatą. Nie terapeutą*, Fundacja IMAGO, Kraków 2015.

Niemierko B., *Diagnostyka edukacyjna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2009.

Obuchowska I., *Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*, „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego" 1997, nr 2 (7).

Obuchowska I., *Wspomaganie rozwoju emocjonalnego: refleksje i propozycje,* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja,* red. B. Kaja, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 1997.

Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1996.

Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004.

Okoń W., *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.

Olechowska A., *Specjalne potrzeby edukacyjne,* PWN, Warszawa 2016.

Opolska T., *Dojrzałość szkolna a indywidualne różnice rozwojowe,* „Biuletyn Informacyjny PTD" 1998, nr 12, s. 33–34.

Owocna edukacja. Indywidualizacja pracy z dzieckiem w przedszkolu, red. M. Kwaśniewska, W. Żaba-Żabińska, Grupa Edukacyjna S.A., Kielce 2011.

Paluchowski W.J., *Diagnoza psychologiczna*, Scholar, Warszawa 2001.

Paluchowski W.J., *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy,* Scholar, Warszawa 2007.

Pawłowska M., *Wielostronna aktywność w edukacji regionalnej u dzieci 6-letnich*, [w:] *Edukacja jutra*, red. W. Kojs, E. Piotrowski, T.M. Zimny, Menos, Częstochowa 2002.

Pecyna M., *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka,* WSiP, Warszawa 1988.

Pecyna M.B., *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej,* WSiP, Warszawa 1999.

Piaget J., *Studia z psychologii dziecka*, PWN, Warszawa 2006.

Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Pilch T., *Metody i techniki badań,* [w:] *Pedagogika*, red. M. Godlewski, PWN, Warszawa 1980.

Piszczek M., *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia,* Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, CMPPP, Warszawa 2007.

Płóciennik E., *Diagnoza pedagogiczna jako informacja o poziomie opanowania czynności przez dziecko w wieku przedszkolnym,* [w:] *Teraźniejszość i przyszłość oceniania szkolnego,* red. B. Niemierko, M.K. Szmigel, Materiały XVI Konferencji Diagnostyki Edukacyjnej, Toruń 22–24.10.2010, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Edukacyjnej, Toruń 2010, s. 269–276.

Pommersbach J., *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny" 1988, T. 31, nr 2.

Popek L., *Specyficzne zaburzenia funkcji motorycznych*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 193–196.

Potempa A., *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem w Finlandii – ogólny dobrostan dziecka i rodziny, rozwój i nauka,* [w:] *Edukacja (dla) dziecka – od trzylatka do sześciolatka*, red. J. Bałachowicz, Z. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 145–154.

Przetacznik-Gierowska M., Makiełło-Jarża G., *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego,* Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992.

Psychologia rozwoju człowieka, T. 2, *Charakterystyka okresów życia człowieka,* red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, PWN, Warszawa 2003.

Puślecki W., *U podstaw facylitalogii edukacyjnej,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 15–22.

Ratajczyk A., Mielcarek M., *Rozpoznanie zasobów dziecka i środowiska rozwoju. Wiek przedszkolny,* [w:] *Niezbędnik dobrego nauczyciela,* Seria IV, *Monitorowanie rozwoju w okresie dzieciństwa i dorastania*, T. 2, red. A.I. Brzezińska, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

Rudzińska-Rogoża A., *Zastosowanie teorii integracji sensorycznej w diagnozie i terapii dziecka,* [w:] *Wspomaganie rozwoju dziecka z ryzyka dysleksji,* red. A. Rudzińska-Rogoża, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

Rutkowiak J., *Dialog jako warunek możliwości rozumienia,* „Ruch Pedagogiczny" 1989, nr 5–6.

Salamucha A., *Pojęcie rozwoju we współczesnej pedagogice*, „Roczniki Nauk Społecznych KUL" 2000–2001, 28–29, z. 2.

Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia,* Zysk i S-ka, Poznań 2003.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Serafin T., *Kształcenie specjalne w systemie oświaty*, Wolters Kluver Polska sp. z o.o., Warszawa 2009.

Serafin T., *Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych oraz ich rodziny,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.

Sęk H., Cieślak R., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie,* PWN, Warszawa 2011.

Sęk H., *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego,* [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia,* red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.

Sherborne W., *Ruch Rozwijający dla dzieci*, PWN, Warszawa 2002.

Skałbania B., *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

Skałbania B., *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.

Skarbek K., Wrońska I., *Diagnoza i wspomaganie rozwoju psychoruchowego dziecka w wieku przedszkolnym. Wskazówki dla nauczycieli dotyczące organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej,* CEBP, Kraków 2014.

Skibska J., *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE) w przedszkolu i szkole, zmiany systemowe,* [w:] *Dziecko-uczeń a wczesna edukacja,* red. I. Adamek, J. Zbróg, Libron, Kraków 2011, s. 95–108.

Skidmore R.A., Thackeray M.G., *Wprowadzenie do pracy socjalnej,* Wydawnictwo Naukowe, Śląsk Katowice 1999.

Skórczyńska M., *Autyzm a opóźnienie rozwoju,* [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju,* red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 13–32.

Skura M., Lisicki M., Sumińska D., *Przed progiem. Jakie umiejętności są potrzebne do rozpoczęcia nauki w klasie pierwszej i jak je rozwijać?*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

Słownik języka polskiego, T. I, red. M. Szymczak, Warszawa 1992.

Starsze przedszkolaki. Jak skutecznie je wychowywać i kształcić w przedszkolu i w domu, red. E. Gruszczyk-Kolczyńska, CEBP, Kraków 2014.

Spionek H., *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka,* PWN, Warszawa 1969.

Stemplewska-Żakowicz K., *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie, jako kompetencja profesjonalna*, GWP, Gdańsk 2011.

Szecówka-Nowak M., *Wybrane aspekty diagnozy psychologicznej dziecka z zaburzeniami rozwojowymi,* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 53–64.

Szuman S., *Badania nad rozwojem apercepcji reprodukcji prostych kształtów u dzieci,* Polskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Poznań 1927.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Śliwerski B., *Współczesne teorie i nurty wychowania*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.

Tarkowski Z., *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy,* Harmonia, Gdańsk 2016.

Wielki podręcznik dla nauczycieli żłobków i przedszkoli, red. M. Aquilar, Jedność, Kielce 2011.

Wilgocka-Okoń B., *Gotowość szkolna dzieci sześcioletnich*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2011.

Wiśniewska M., *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

Włoch S., *Diagnoza całościowa wskaźnikiem pracy z dzieckiem w wieku przedszkolnym,* [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w edukacji dziecka*, red. E. Marek, J. Łuczak, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2010.

Włoch S., Włoch A., *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009.

Wosik-Kowali D., Zubrzycka-Maciąg T., *Kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne nauczyciela,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

Wysocka E., 2003, *Dojrzałość szkolna*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku,* T. 1, A–F, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.

Wysocka E., *Człowiek a środowisko życia – podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007.

Wysocka E., *Diagnoza w resocjalizacji,* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009.

Yin R.K., *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.

Zalewska-Bujak M., *Profil zawodowy nauczyciela wspierającego rozwój dzieci na etapie edukacji wczesnoszkolnej,* [w:] *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie wczesnej edukacji,* red. W. Puślecki, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008.

Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, WP, Warszawa 1973.

Żerkowski A., *Mowa jest skarbem. Zaburzenia i zakłócenia rozwoju mowy u dzieci*, „Zdrowie dla Każdego" 2008, 1 (9).

Netografia

http://cen.bydgoszcz.pl/magazyn/diagnoza_przedszkolna.pdf (dostęp 11.07.2017)

http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042562572 (dostęp 25.04.2017)

http://kgm.ump.edu.pl/uploads/media/Blok_III.pdf (dostęp 19.07.2017)

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

http://odkrywcy-wiedzy.pl/charakterystyka-rozwoju-spolecznego-dziecka--w-wieku-od-2-5-do-6-lat (16.12.2017)
http://pp15.edunet.tarnow.pl/pl/rodzice/publikacje/bacha (dostęp 26.12.2017)
http://www.edukacja.edux.pl/p-35690-diagnoza-gotowosci-szkolnej.php (dostęp 26.12.2017)
http://www.infor.pl/dziennik-ustaw,rok,2006,nr,97,poz,674,ujednolicony-ustawa-karta-nauczyciela.html (dostęp 12.02.2017)
http://www.kul.pl/pojecie-rozwoju-czlowieka-w-pedagogice,art_3321.html (dostęp 14.08.2017)
http://www.malywielki.pl/o_bi.html (dostęp 23.06.2017)
http://www.naczyniaki.com/malformacje.html (dostęp 16.03.2017)
http://www.pis.lodz.pl/wieruszow/dokumenty/Toksokaroza_2011_02.pdf (dostęp 29.122017)
http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/audiometria-tonalna--badanie-sluchu_34293.html, https://portal.abczdrowie.pl/badanie-audiometryczne (dostęp 11.08.2017)
http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/elektroencefalografia--eeg-badanie-rozpoznajace-choroby-mozgu_34290.htm (dostęp 25.02.2017)
http://www.psychiatria.pl/porada/lunatyzm/3706.html (dostęp 11.10.2017)
http://wylecz.to/pl/choroby/endokrynologia/zespol-gilberta-hiperbilirubinemia.html#popupClose (dostęp12.11.2017)
https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/6747/26_Wspomaganie_rozwoju.pdf;jsessionid=F46D4F82E8B97021A61A219538E951DC?sequence=,1 (dostęp 23.05.2018)
https://men.gov.pl/wp-content/.../02/zalacznik-nr-1-wychowanie-przedszkolne.docx (dostęp 26.12.2017)
https://parenting.pl/portal/konflikt-serologiczny-a-ciaza (dostęp 14.10.2017)
https://parenting.pl/portal/skala-apgar (dostęp 14.10.2017)
https://www.experto24.pl/oswiata/nadzor-pedagogiczny/diagnoza-przedszkolna-w-roku-szkolnym-2017-2018.html#.WkNnhtJy7IU (dostęp 26.12.2017)

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

Spis treści

Wprowadzenie 5

Rozdział pierwszy
Problematyka diagnozy w świetle literatury przedmiotu 8

1. Pojęcie diagnozy i jej znaczenie w naukach społecznych i pedagogicznych 8
2. Diagnoza pedagogiczna 13
3. Proces diagnostyczny 17
4. Rodzaje diagnoz uzupełniających diagnozę pedagogiczną 24
   4.1. Diagnoza psychologiczna 30
   4.2. Diagnoza społeczna 34
   4.3. Diagnoza logopedyczna 37
   4.4. Diagnoza zaburzeń przetwarzania sensorycznego 45

Rozdział drugi
Rozpoznanie zaburzeń rozwojowych dziecka i wspomaganie jego rozwoju 53

1. Wyjaśnienie podstawowych pojęć dotyczących rozpoznawania zaburzeń i wspomagania rozwoju 53
2. Prawidłowości rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym 66
3. Klasyfikacja zaburzeń dziecka i charakterystyka zaburzeń rozwojowych 82
4. Praca z dzieckiem w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanymi trudnościami 94
   4.1. Wczesne wspomaganie rozwoju i kształcenie specjalne 99
   4.2. Zindywidualizowana ścieżka kształcenia oraz realizacji obowiązkowego przygotowania przedszkolnego 107
5. Umiejętności diagnostyczne nauczyciela 109
6. Prawidłowy rozwój dziecka jako warunek gotowości szkolnej 119

Rozdział trzeci
Badania własne 127

1. Cel i procedura badań 127
2. Charakterystyka indywidualnego przypadku 130
   2.1. Diagnoza wstępna przeprowadzona przez nauczyciela 134
   2.2. Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna 139

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316

2.3. Podejmowane działania specjalistyczne 142
2.4. Program wspomagająco-wspierający 146
2.5. Diagnoza końcowa – wnioski i postulaty 154

Podsumowanie 166
Aneks 168
Bibliografia 172

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 17306083A3362316